



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ACTIVIDADE CLÍNICA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por

Ana Gabriela Martins Ferreira

Viseu, 2014



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ACTIVIDADE CLÍNICA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por

Ana Gabriela Martins Ferreira

Orientador: Professor Doutor Rui Amaral Mendes

Co-Orientador: Dra. Carina Coelho

Viseu, 2014

Ao Avô Artur pelo exemplo de vida e por de uma forma tão especial ter partilhado este sonho comigo. Às pessoas mais importante do mundo, Sofia, António, Maria Inês e Francisco

Agradecimentos

À minha mãe por todo amor e apoio, ao meu pai pela força e carinho transmitidos nesta fase importante.

Aos meus irmãos pelo carinho e muita paciência.

Ao Professor Doutor Rui Amaral Mendes e à Dra Carina Coelho pela orientação e apoio.

Aos professores pelo exemplo e conhecimentos transmitidos.

Ao Grupo 83 pela partilha de experiência, conhecimento e acima de tudo pela amizade e ajuda incondicional.

À tia Beta, à Tia Mimi, às avós e toda a família pelo apoio.

À Carolina e à Ana porque partilharam desde sempre este caminho comigo

À Andreia porque foi uma ajuda imprescindível.

Aos amigos de sempre e para sempre pela amizade, partilha e apoio incansável nesta fase.

À Quica, à Pipa, à Marisa, aos amigos que fiz durante estes 5 anos e que foram indispensáveis para a realização deste trabalho.

Resumo

O presente documento diz respeito ao Relatório de Actividade Clínica do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, do Centro Regional das Beiras da Universidade Católica Portuguesa, que visa elencar e discutir os actos clínicos realizados pelo trinómio que integro, no período lectivo de 16 de Setembro de 2013 a 30 de Junho de 2014.

Tem como objectivo descrever, apreciar e valorizar criticamente experiências e actividades desenvolvidas nas diferentes unidades lectivas com componente clínica. Estas permitem a articulação entre os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo dos anos anteriores e a prática clínica “*in Situ*” nas diversas áreas de intervenção da medicina dentária possibilitando, ainda, um acompanhamento efectivo dos pacientes, desde o diagnóstico e plano de tratamento que permite o encaminhamento dos pacientes para as unidades lectivas específicas, assim como um follow-up a curto e médio prazo.

Os pacientes serão encaminhados para as diferentes áreas, consoante as suas necessidades individuais, e caracterizados de forma geral segundo idade, sexo, habilitações literárias, profissão, doenças sistémicas e congénitas, medicação e cirurgias ou doenças prévias.

A realização deste Relatório de Actividade Clínica permitirá, a partir da amostra analisada, uma caracterização da população que frequenta a Clínica Universitária, uma consciencialização da parte do aluno de como a componente médica da sua profissão é indescutível e, conseqüentemente, o aprofundamento dos conceitos teóricos previamente adquiridos é essencial à evolução da actividade clínica. De igual forma, permitirá identificar os problemas mais frequentes em contexto clínico e a forma de os resolver baseando-se no conhecimento médico e científico sem colocar de parte a vertente humana e social específica de cada caso ou paciente.

Palavras chave: Actividade Clínica, Medicina Oral, Dentisteria, Odontopediatria, Prostodontia, Ortodontia, Cirurgia, Periodontologia, Endodontia, Oclusão

Abstract

The present document highlights the clinical activity report of the 5th year integrated master's degree in Dentistry taught in Centro Regional das Beiras of the Catholic University of Portugal, present in it is list and discuss of the clinical acts done by the group of which I have been part from the 16th of September 2013 to the 30 of June of 2014.

The objective is to describe, appreciate, and critically evaluate the experiences and activities developed in the different academic subjects with a clinical component. These activities enable the connection between teoric knowledge aquired during the last years and the practice of “in situ” clinic in the different areas of intervention of dentistry, therefore allowing an effective escort of the patients to the specific academic subject matters and a short to medium follow-up.

The patients are escorted throught the different areas according to their individual needs, they are then charaterized in a general way according to their age, sex, literacy, profession, sistemic and congenital dieaseases, medication, surgeries or previous diseases.

The elaboration of this Clinical Activity Report will allow, from the studied sample, a characterization of the population that enters the University Clinic and a student awareness in the importance of the medical component of his future profession, consequently, the in-depth learning of previously acquired theoretical concepts is essential to the progress clinical activity, Similarly, let identifying and solving clinical setting frequent problems based on scientific knowledge without ignoring the human and social side of each case or patient.

Keywords: Clinical Activity, Oral Medicine, Dentistry, Pediatric Dentistry, Prosthodontics, Orthodontics, Surgery, Periodontology, Endodontics, Occlusion

Índice:

Resumo	ix
Abstract	xi
Introdução e Enquadramento Teórico	3
História Clínica:	4
Exame clínico:	6
Pacientes Medicamente Comprometidos	7
Objetivos	17
Materiais e Métodos.....	21
Resultados	25
Caracterização geral da amostra	25
Número de pacientes vistos e actos clínicos realizados	25
Distribuição de idades dos pacientes.....	26
Distribuição dos pacientes por género	26
Distribuição das habilitações literárias.....	25
Situação Profissional.....	25
Nível de Satisfação do atendimento na Clínica Universitária	25
Frequência de outro Médico Dentista	26
Caracterização Clínica da Amostra.....	25
Patologias apresentadas pelos pacientes	25
Medicação tomada pelos pacientes	26
Caracterização da Actividade Clínica	27
Actividade clínica correspondente a cada área disciplinar.....	27
Caracterização da Amostra relativa a cada Área Disciplinar	28
Medicina Oral	28
Periodontologia	28

Dentisteria.....	29
Endodontia.....	31
Cirurgia Oral.....	31
Prótese removível.....	32
Prótese Fixa	34
Oclusão.....	39
Ortodontia.....	39
Odontopediatria	40
Casos Clínicos Diferenciados	
Coronoplastia do dente 11 devido a intrusão após avulsão e anquilose.....	43
Contextualização do caso:	43
Enquadramento teórico:	43
História clínica:	47
Procedimento realizado:	49
Recobrimento de festão de McCall dente 2.2 com recurso à técnica VISTA	55
Enquadramento do caso:	55
Hipótese(s) de tratamento.....	55
Enquadramento teórico:	55
História clínica:	57
Fotografias intra-orais prévias:	59
Protocolo cirúrgico:.....	60
Lesão branca com diagnóstico provável de Leucoplasia Ideopática	63
Enquadramento do caso:	63
Enquadramento teórico:	64
Fotografias dos controlos da lesão	66
Discussão.....	71
Conclusão e Expectativas.....	81

Anexos

Anexo 1: Ficha de Paciente	89
Anexo 2: Resumen de poster.....	93

Índice de tabelas, gráficos e imagens:

Tabela 1- Lesões associadas ao HIV e as suas apresentações clínicas	14
Gráfico 1 - Caracterização geral da amostra	25
Gráfico 2 - Distribuição de idades dos Pacientes	26
Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes por género	26
Gráfico 4 - Distribuição da habilitações literárias	25
Gráfico 5 - Distribuição da situação profissional dos pacientes.....	25
Gráfico 7 – Distribuição dos pacientes a frequentar outro Médico Dentista	26
Gráfico 6 – Distribuição do nível de satisfação do atendimento demonstrado pelos pacientes	26
Gráfico 8 – Distribuição das patologias presentes nos pacientes	25
Gráfico 9 – Distribuição da medicação tomada pelos pacientes	26
Gráfico 10 – Distribuição da actividade clínica total pelas áreas disciplinares	27
Gráfico 11 – Distribuição da actividade clínica do grupo 83 na área de Medicina Oral	28
Gráfico 12 - Distribuição da actividade clínica do grupo 83 na área de Periodontologia	28
Gráfico 13 – Distribuição das condições periodontais diagnosticadas	29
Gráfico 14 – Distribuição da actividade clínica do grupo 83 na área de Dentisteria	29
Gráfico 15 – Distribuição da condição pulpar nos tratamentos realizados	30
Gráfico 16 – Distribuição das classes das restaurações realizadas	30
Gráfico 17 – Distribuição da actividade clínica do grupo 83 na área de Endodontia....	31
Gráfico 18 – Distribuição da actividade clínica do grupo 83 na área de Cirurgia Oral..	31

Gráfico 19 – Distribuição dos motivos das extrações realizadas	32
Gráfico 20 – Caracterização do tipo de actividade clinica realizada pelo grupo 83.....	32
Gráfico 21 – Distribuição da actividade clinica do grupo 83 na área de Prótese Removivel	33
Gráfico 22 – Distribuição da actividade clinica realizada enquanto operadora	33
Gráfico 23 – Distribuição da actividade clinica do grupo 83 na área de Prótese Fixa ...	34
Gráfico 24 – Distribuição da actividade clinica do grupo 83 na área de Oclusão.....	39
Gráfico 25 – Distribuição da actividade clinica do grupo 83 na área de Odontopediatria	40

Lista de abreviaturas:

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

VISTA: *Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access*

JAC: Junção Amelocementária

ADM: *Acellular Dermal Matrix*

CTG: enxerto de tecido conjuntivo

OMS: Organização Mundial de Saúde

HPV: Papiloma Vírus Humano

PCL: Periodontite Crónica Leve

PCM: Periodontite Crónica Moderada

PCA: Periodontite Crónica Avançada

MC: Metalocerâmica

ATM: Articulação Temporomandibular

Introdução

Introdução e Enquadramento Teórico

Este relatório reporta à atividade clínica realizada na Clínica Universitária do Centro Regional das Beiras da Universidade Católica Portuguesa no 5º Ano do Mestrado integrado em medicina dentária. No 5º ano do mestrado integrado em medicina dentária a formação dos discentes consiste numa dualidade, tanto quanto possível, perfeita entre aprendizagem e consolidação dos conhecimentos teóricos como dos procedimentos práticos e, é essencialmente prática nas áreas de medicina oral, periodontologia, dentisteria, cirurgia, prostodontia fixa e removível, ortodontia, endodontia, odontopediatria e oclusão.

Uma vez que a prática clínica constitui a última etapa de formação pré-graduada, e como discentes a terminar esta etapa da formação, independentemente da futura área de especialização, torna-se imperativo desenvolver a capacidade crítica no desempenho clínico diário e aperfeiçoar as nossas atitudes, virtudes, comportamentos e práticas baseadas, inicialmente, na aprendizagem teórica e por imitação em modelos.

A medicina dentária tem uma evolução histórica de séculos. Considera-se que a chamada odontologia moderna teve início no final do século XVII com o francês Pierre Fauchard, contudo, apenas a partir de 1759 passou a ser usado o termo Odontologia. A evolução ocorreu de forma rápida, surgiram as porcelanas para substituição de peças dentárias. Em 1806 estas surgem como revestimento de um pino metálico, apenas em 1819 é utilizada a mistura de prata e chumbo como material restaurador, o que constitui, juntamente com o início da utilização da *gutta-percha*, uma grande alteração dos procedimentos realizados para solucionar o problema da cárie dentária. Toda esta evolução foi acompanhada e bastante bem sustentada cientificamente para altura em questão(1).

Inicialmente, a actividade e preocupação desta área incidiam na dentição. Contudo, atualmente, um Médico Dentista está envolvido no estudo, diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças, distúrbios e condições da cavidade oral, maxilares e estruturas adjacentes e associadas, e o seu impacto sobre o corpo humano. Por isto, atualmente, considera-se que a Medicina Dentária se deve reaproximar da sua origem como ciência médica, sendo cada vez é menos aceitável que um Médico Dentista olhe para um paciente como uma boca e não como um todo. Com a evolução da medicina, hoje, é claro e óbvio para todos, que muitas doenças sistémicas se manifestam na cavidade oral.

Assim, o médico dentista tem um papel importante no diagnóstico, já que condições patológicas da cavidade oral podem ter repercussões sistémicas e que, como tal, devem ser tratadas e eliminadas. Não menos importante, a sua actuação na cavidade oral do paciente é influenciada e influencia a condição sistémica do mesmo.

Tendo como base o referido anteriormente, para que o plano de tratamento individual de um paciente seja realizado de forma rigorosa, é essencial a realização de uma história clínica completa e detalhada acompanhada de um conhecimento médico sobre interações medicamentosas, riscos associados a condições sistémicas, entre outros. Um exame intra e extra-oral rigoroso, exames complementares de diagnóstico adequados, e um plano de tratamento adequado ao paciente que não ignore a sua idade, condição social, profissão e principalmente as suas preocupações tanto a nível funcional como a nível estético.

História Clínica:

A história clínica, é usada desde a Grécia Clássica, e actualmente, considera-se ser de interesse de diagnóstico, esta comporta a anamnese e o exame físico. A anamnese inclui a identificação do paciente, o motivo da consulta, a história da doença actual, a história pregressa e o estado actual que deve abordar os sintomas gerais e os sintomas dos diversos aparelhos e sistemas, é a partir daqui que se cria a relação médico paciente, por isto é, essencial que o discurso se adeque, tanto no vocabulário como na postura, ao paciente na perspectiva da sua idade, formação académica e nível sócio cultural. Numa situação de urgência esta deve ser resumida mas nunca descurada.

Existe uma estrutura lógica que deve ser seguida, após nos apresentarmos e convidarmos o paciente a sentir-se confortável começamos por questionar os dados pessoais tais como o nome, idade e data de nascimento, profissão, estado civil, naturalidade e residência e nome do seu médico assistente pois pode ser necessário a comunicação com este, principalmente em pacientes polimedicados ou para prescrição de exames complementares de diagnóstico, ou referência de possíveis patologias com repercussões sistémicas.

Ainda que, muitas vezes, o motivo da consulta seja referido logo no início da consulta, este tema deve ser novamente questionados de forma a recolher toda a informação relativa a sintomas referidos pelo paciente, como a existência de sintomatologia dolorosa, nomeadamente; a caracterização da dor acerca da sua intensidade, localização,

irradiação, duração e periodicidade, questionar acerca de outros possíveis sintomas que facilitem um diagnóstico correcto. Contudo, devemos ter sempre em mente que informações erradas dos pacientes levam muitas vezes a erros de diagnóstico, por isso, ter o cuidado de não condicionar as suas respostas. Devemos, ainda, pedir ao paciente para contextualizar o fenómeno de doença, associá-lo com um evento externo (por exemplo ao nível de patologias da ATM, este parâmetro é muito importante), determinar factores desencadeantes, de alívio e de agravamento(2).

De seguida, devemos abordar a história médica pregressa, recolhendo informações acerca de episódios médicos significativos, internamentos, cirurgias, acidentes ou traumatismos; uso de medicamentos e alergias, vacinas ou transfusões de sangue. Muitas vezes, o paciente numa abordagem generalista refere ser saudável, contudo, deve ser feita uma revisão sistema a sistema o que muitas vezes leva o paciente a referir, então, algumas condições ou doenças anteriores que não referiu no “interrogatório geral”.

É, neste momento, que se faz um resumo do estado de saúde geral actual do paciente acrescentado às questões sobre a história médica pregressa informações sobre hábitos de higiene oral, tabágicos e alcoólicos; informações sobre a frequência com que frequenta um médico, e qual a razão; sobre a realização de rastreios entre outras informações que se apresentem de interesse, tanto para o diagnóstico da situação actual e futura, como para conhecimento detalhado do paciente por parte do profissional.

A história médica familiar tem como objectivo perceber se existe uma tendência familiar para determinadas doenças como diabetes, hipertensão, obesidade, epilepsia, transtornos mentais, doenças degenerativas, AVC, entre outras.

Na Medicina dentária é claramente muito importante questionar acerca de condições anteriores relacionadas com a cavidade oral, tratamentos anteriores, e também doenças ou condições orais existentes na família, como a perda dentária precoce, o uso de prótese, ou doenças crónicas da cavidade oral como a periodontite.

Depois de uma recolha exaustiva de toda a informação médica e pessoal relevante, é necessário um exame clínico cuidadoso e completo que nos possibilite o correcto diagnóstico e plano de tratamento adequado às especificidades do quadro clínico, às suas condições sócio económicas e às suas exigências estéticas particulares (2,3).

Exame clínico:

O exame físico é a 2ª parte da elaboração da História Clínica consiste numa primeira observação geral seguida de uma observação por segmentos. Na consulta de medicina dentária, pode dividir-se em 3 áreas a examinar: intra-oral, extra-oral e cervical, e tem como bases fundamentais a inspeção, palpação, precursão e auscultação (3).

A inspeção clínica consiste numa avaliação visual sistemática do paciente, devem ser observados traços anatómicos, dismorfias, assimetrias, cicatrizes e lesões e cada alteração detectada deve ser minuciosamente descrita na ficha do paciente, referindo a localização, dimensão, forma, cor, relação com as estruturas anexas, aspecto da superfície e outras características relevantes como factores desencadeantes, duração da evolução etc (2).

A palpação deve abranger todas as estruturas intra e extra-bucais, a palpação das estruturas moles deve avaliar a consistência, limites, sensibilidade, textura superficial, infiltração, pulsação, mobilidade e temperatura da lesão. No exame das peças dentárias é denominada de palpação indirecta uma vez que é feita com a sonda exploradora e permite detectar micro-cavitações e cavitações ou outras alterações na superfície dentária (2,3).

A precursão em medicina dentária tem um uso restrito e limita-se ao diagnóstico de odontalgias, faz-se com recurso ao cabo do espelho que se bate contra o dente com direcção paralela ou perpendicular ao eixo do dente permitindo fazer o diagnóstico diferencial entre dor de origem periodontal ou periapical.

A auscultação é apenas utilizada e de forma limitada no diagnóstico de estalidos ao nível da ATM.

O exame clínico incide sobre as estruturas intra e extra orais. Contudo, a nível intra-oral este deve ser minucioso, dando atenção aos tecidos moles que muitas vezes são subvalorizados, e não só às peças dentárias.

Uma grande variedade de doenças sistémicas, como, doenças hematológicas, do trato gastrointestinal e pele ou infecções, causam sinais e sintomas na cavidade oral que podem constituir a primeira e principal queixa, especificamente por exemplo, em pacientes com HIV, leucopenia ou leucemia (4).

Sendo que as manifestações orais são muitas vezes as primeiras, é fundamental adquirirmos perícia e perspicácia na identificação deste tipo de lesões que podem levar o paciente a ser alertado precocemente para determinadas patologias sistémicas, melhorando, em muitos casos o seu prognóstico.

Depois de realizada uma história clínica completa e um exame clínico objectivo e minucioso, temos à nossa disposição uma série de meios auxiliares de diagnóstico que nos permitem um diagnóstico correcto e, consequentemente, um plano de tratamento adequado.

A grande percentagem de pacientes que recebemos têm como principal queixa a dor dentária e é necessário perceber a sua causa e origem e, para isso, dispomos de meios auxiliares de diagnóstico como as radiografias, testes térmicos, teste de fissuras, transiluminação, teste de anestesia, teste oclusal, testes de percussão vertical e horizontal e de palpação, entre outros, que continuam a desenvolver-se de forma eliminar possíveis falhas dos actuais, por uma série de factores de índole socioeconómica. Essencialmente cada vez mais temos de ter em conta no plano de tratamento do paciente outros factores que não a dor ou a eliminação desta.

Actualmente, tendo na imagem a grande “força motriz” da nossa sociedade, a medicina dentária, tem, para além da dimensão funcional, um importante papel na construção e reconstrução do sorriso. A evolução dos materiais e técnicas associadas a esta área é constante (5). Apenas em 1962 surgem as resinas compostas e mais tarde em 1980 as foto polimerizáveis e actualmente este é provavelmente o material mais usado na prática clínica diária do médico dentista e permitiu todo o desenvolvimento da vertente estética da terapêutica restauradora (1).

Também o desenvolvimento em áreas como a endodontia, cirurgia oral e periodontal e a ortodontia permite, hoje, apresentar novas solução de tratamento aos pacientes permitindo-lhes uma melhor saúde oral, um melhor sorriso e consecutivamente uma maior qualidade de vida. Contudo, é essencial perceber aquilo que o paciente espera do tratamento e informá-lo até que ponto isso será alcançável, pois, apesar das grandes evoluções ao nível das técnicas e dos materiais, ainda existem impossíveis para o Médico dentista.

Pacientes Medicamente Comprometidos

Actualmente, a prática da medicina dentária tem também que ter em conta os chamados pacientes especiais, uma vez que com a mudança de mentalidades e com o aumento da esperança média de vida, tanto na pessoa genericamente saudável, como na pessoa com patologia e ou síndrome congénita, é essencial garantir uma boa qualidade de vida e cada vez mais se sabe que a saúde oral tem um papel fundamental nessa qualidade de vida. Tanto num paciente com patologias do foro psiquiátrico, como num portador de

uma síndrome congénita, em que há associada uma terapêutica específica, como num paciente considerado normal, mas que padece das chamadas doenças crónicas do século XXI é essencial ter em conta não só o estado geral de saúde, mas também a medicação, as suas repercussões a nível oral e sistémico e as possíveis interações com medicamentos ou dispositivos médicos prescritos ou administrados pelo médico dentista (6).

Muitas doenças crónicas presentes nos pacientes que surgem na consulta de medicina dentária exigem algumas modificações no plano de tratamento e actuação por parte do médico dentista. Muitas vezes de forma a evitar complicações agudas associadas ao tratamento dentário devem ser tomadas algumas medidas preventivas e estas estão normalmente associadas ao nível de risco do paciente. O nível de risco é medido pelo sistema ASA, que contem 6 níveis, este é um sistema de avaliação do risco pré-operatório definido pela Sociedade Americana de Anestesiologistas. Segundo este sistema de classificação o nível ASA I corresponde a um paciente com um estado de saúde excelente sem qualquer patologia sistémica. Nível ASA II corresponde a uma patologia num sistema que não afecta a vida, está controlada e não apresenta limitações na actividade normal do doente. Nível ASA III patologia importante associada a um ou vários sistemas do corpo, controlada mas que apesar de não ser incapacidade acarreta algumas limitações na actividade normal do doente. O Nível IV é o último utilizado pelos médicos dentistas e refere-se a pacientes com uma saúde muito precária, com pelo menos uma patologia pouco controlada ou em estado terminal, em que o paciente se encontra incapacitado e em que existe risco de morte. É importante classificar o nível de risco do paciente para evitar complicações médicas agudas (7).

Segundo um estudo realizado por uma colega desta Universidade, em que participaram 24 médicos dentistas, também com a sua formação académica realizada nesta faculdade, 54,8% dos pacientes que se dirigem aos consultórios possuem antecedentes médicos relevantes para a prática da medicina dentária, sendo a hipertensão a mais frequente seguida das arritmias e da angina de peito. Também as terapias medicamentosas são cada vez mais comuns, nesta população analisada 35% dos pacientes faziam terapia medicamentosa, sendo também a maioria associada à hipertensão. Perante estes números, torna-se essencial um domínio dos conhecimentos médicos e farmacológicos pois, para além de adaptar o plano de tratamento às diferentes condições médicas e ao nível de risco do paciente, é necessário ter em conta as interações farmacológicas e as repercussões da terapia do paciente na cavidade oral e da medicação prescrita na

consulta de medicina dentária nos sistemas afectados pela patologia sistémica que este apresenta (8).

Relativamente à hipertensão, que se apresenta como a patologia sistémica mais comum, esta apenas deve ser considerada de risco se não estiver controlada. Em pacientes hipertensos o stress provocado pela consulta de medicina dentária, mesmo num procedimento rotineiro, pode comprometer a saúde geral do paciente ao provocar, por exemplo, um enfarte do miocárdio ou angina de peito. Por outro lado, em pacientes com a patologia controlada e medicados com Beta-bloqueadores não selectivos, a utilização de anestesia com vasoconstritor pode provocar um aumento repentino da pressão arterial, o que também constitui um risco. Devemos, também, ter em conta que a utilização de anti hipertensores pode provocar lesões ao nível da cavidade oral e ou secura bucal (6,8).

Em pacientes com a pressão arterial controlada e inferior a 110/180, e sem outro comprometimento cardíaco, podem realizar-se todos os tratamentos, ainda que da forma mais atraumática possível, pois nestes casos a hemorragia é sempre mais abundante (6,7).

É importante identificar os pacientes que possuem um elevado risco de pós-operatórios complicados nomeadamente associados a endocardite infecciosa, pois, muitas vezes, os pacientes hipertensos têm historial de endocardites prévias, próteses valvulares ou valvulopatias, shunts ou doenças congénitas cardíacas. Nestes casos, a profilaxia antibiótica tem que ser considerada quando há manipulação do tecido gengival ou da região periapical ou perfuração da mucosa oral e, normalmente, apenas é requerida uma dose 30 a 60 minutos antes do procedimentos (6,8).

Em pacientes medicados com anticoagulantes a dose prescrita destes medicamentos pode ter que ser reduzida, contudo, a redução ou cessação temporária da medicação deve ter em conta o INR e o tipo de procedimento realizado, deve sempre avaliar-se o risco benefício da alteração da medicação. Atualmente, quando necessário opta-se pela alteração da medicação para, por exemplo, uma heparina de baixo peso molecular.

As *guidelines* de actuação para os pacientes com hipertensão, arritmias e angina de peito controlada são, no fundo, muito semelhantes, devem ser tomadas as precauções anteriormente descritas assim, como o controle do stress durante a consulta, que deve ser de curta duração, o uso controlado de vasoconstritores, evitar o uso de fio de retração gengival e ter disponível na consulta a nitroglicerina, uma vez que segundo um

estudo realizado em Inglaterra a situação de emergência mais comum nos consultórios dentários está associada a episódios de angina de peito.

Apenas em casos de Angina de Peito não controlada, ou episódio de Enfarte do Miocárdio, à menos de 1 mês, devem ser adiados os procedimentos médico dentários ou reduzidos a tratamentos conservadores apenas para alívio da dor, controle da infecção e ou hemorragia (6).

A arritmia é também uma das patologias mais comuns nos pacientes medicamente comprometidos, em pacientes mais susceptíveis o stress provocado pela consulta de medicina dentária pode ser uma causa desencadeante de um episódio de arritmia, por isso devem ser tomadas as devidas medidas preventivas. Deve-se ter especial atenção à possível utilização de pacemaker ou desfibriladores por estes pacientes uma vez que determinados equipamentos utilizados pelo médico dentista, como o bisturi elétrico ou determinados tipos de destartarizadores, provocam interferências electromagnéticas (8). Ainda que as patologias de origem cardíaca sejam as mais comuns nos pacientes, existem outras patologias que exigem alguns cuidados e alterações no decorrer da consulta de medicina dentária.

As patologias hematológicas podem, também, ser causa de complicações intra-operatórias ou pós-operatórios difíceis. Quando o paciente refere esta patologia ou tendência hemorrágica, deve rever-se cuidadosamente a história clínica e antecedentes de hemorragias pós exodontias, hemorragia gengival, ferimentos que sangram facilmente, pequenas lesões com hemorragia de longa duração, identificar o uso de medicamentos ou doenças sistémicas que interfiram na hemóstase e, ou história de alcoolismo. Para que o tratamento seja seguro, o médico deve pedir informação ao médico assistente e ou pedir análises laboratoriais sempre que o considere necessário, tanto pela gravidade da condição, como pelo carácter invasivo da intervenção (6).

O médico dentista deve, também, ter em mente que o paciente portador deste tipo de condição pode apresentar, resultado dessa patologia hematológica, petéquias, equimoses, gengivorragias, hiperplasia gengival hiperémica nas leucemias e dentes castanhos por depósitos de hemossiderina.

A questão das doenças infecto-contagiosas também é de grande relevância, não só pelo risco de infecção cruzada, mas também e, principalmente, devido às consequências que se podem apresentar na cavidade oral e nos cuidados a ter com as alterações sistémicas decorrentes da doença, e por vezes exigem alterações no plano de tratamento e cuidados especiais no pós-operatório (6).

Nos pacientes portadores de hepatites, os principais cuidados advêm da possibilidade de ocorrência de infecção cruzada, de uma maior tendência à hemorragia, e das alterações no metabolismo de determinados fármacos, contudo, algumas das patologias hepáticas não são de origem viral e não têm características infecciosas sendo devidas à exposição continuada a agentes tóxicos, em que o mais comum é o álcool. Em pacientes com as formas virais da doença o médico dentista deve tomar todas as medidas de prevenção da infecção cruzada e, no caso de ocorrências acidentais com objectos perfurantes e cortantes, deve existir um protocolo definido para seguir nestas situações(6,9).

- **Paciente (fonte de contaminação) positivo para HBsAg e equipa de saúde não vacinada contra hepatite B:** vacinação (3 doses) e administração de imunoglobulina anti-hepatite B até 7 dias após a exposição;
- **Paciente positivo para HBsAg e equipa de saúde vacinada contra hepatite B:** cuidados locais com a ferida;
- **Paciente não identificado ou que se recusa a fazer o teste e equipa de saúde não vacinada:** fazer a vacinação (3 doses) e administrar imunoglobulina anti-hepatite B até 7 dias após a exposição;
- **Paciente não identificado ou que se recusa a fazer o teste e equipa de saúde vacinada contra hepatite B:** cuidados com a ferida.

Devido à maior tendência à hemorragia, é adequada a realização de exames complementares ou o pedido de informação ao médico assistente acerca do estado de saúde do paciente antes de executar procedimentos clínicos mais invasivos, estes devem ser sempre realizados da forma mais a traumática possível. É necessário também ter cuidados com a medicação prescrita e fazer um doseamento da medicação com o metabolismo hepático.

No caso de patologias hepáticas não virais associadas ao consumo de álcool, é essencial ter a noção de que existem manifestações orais características como equimoses, petéquias, glossite, queilite angular, candidíase, aumento da glândula parótida e ainda sinais de bruxismo, atrição dentária, xerostomia e dificuldade de cicatrização.

O HIV é responsável por outra das condições infecto-contagiosas que afectam a prática normal da Medicina dentária, e é já considerada uma doença crónica da actualidade e que afecta um número considerável da população mundial, o médico dentista deve ter um conhecimento, tanto dos riscos de infecção cruzada, como das lesões associadas que

devem ser prevenidas mas, que muitas vezes, são também fonte de diagnóstico desta doença.

A organização mundial de saúde formulou alguns programas de prevenção das lesões orais associadas à infecção por HIV e promover a saúde oral nestes pacientes.

Deve ser adotada a abordagem sistemática já referida para um exame clínico oral completo, todas as características da lesão devem ser analisadas e registradas, assim como a história das lesões os sintomas presentes de forma a estabelecer-se uma lista de diagnósticos diferenciais para chegar ao diagnóstico final. O médico dentista, conhecendo ou não a condição sistêmica do paciente, deve ter consciência de que pode tratar-se de uma lesão isolada ou de uma manifestação de uma condição sistêmica, a identificação da lesão como sinal de infecção por HIV é de extrema importância para reforçar as medidas pessoais(10).

O programa das Nações Unidas para o HIV estima que cerca de 40 milhões de pessoas no mundo vivam com HIV ou SIDA e que todos os dias surgem 15000 novos casos, sendo que: 95% destes surgem em países subdesenvolvidos. Contudo é cada vez mais comum aparecerem pacientes portadores de HIV nos consultórios de medicina dentária, que muitas vezes ocultam esta condição. Também é descrito que entre 60 a 90% da população infectada apresenta lesões na cavidade oral e estas aumentam o desconforto e diminuem a qualidade de vida dos doentes (10).

Tem sido relatado que, os portadores de HIV ou doentes com SIDA que apresentam lesões da cavidade oral têm uma menor qualidade de vida que aqueles que não têm estas lesões. As lesões da cavidade oral podem alterar a aparência facial, a fala, a mastigação e a deglutição pode ser dificultada e mesmo dolorosa. A função oral deficiente pode levar à exacerbação dos problemas nutricionais o que afecta negativamente a qualidade de vida(11).

Existem uma série de lesões que são características e mais comuns em pacientes com HIV ou SIDA: a candidíase oral ocorre em aproximadamente 90% dos doentes, a leucoplasia pilosa é considerada um sinal patognômico da infecção por HIV, sendo mesmo encarado como um sinal de progressão do HIV para SIDA, também a infecção por HSV é bastante comum e até mesmo a prevalência de xerostomia é aumentada neste grupo de doentes assim como os problemas periodontais e de cárie(12,13).

Rajiv Saini no estudo *Oral lesions: A true clinical indicator in human immunodeficiency virus* apresenta uma tabela em que resume todas estas lesões associadas ao HIV e as suas apresentações clínicas (Tabela1)(10).

O surgimento destas lesões orais deve-se, essencialmente, à diminuição das células CD4+ em circulação(12,13) o que resulta, então, no aumento de doenças oportunistas, principalmente infeções e neoplasmas (12). O conhecimento destas lesões e da sua relação com o HIV e a SIDA, assim como a suspeita de infeção, são de extrema importância pois estas lesões podem ser indicativas de lesão por HIV e um diagnóstico precoce optimiza a quimioprofilaxia das lesões e o “tratamento paliativo” do HIV(14).

O tratamento com antirretrovirais foi introduzido na década de 90 e resultou numa redução de muitos dos efeitos adversos da infeção por HIV incluindo os efeitos na cavidade oral.

Ainda existe um desconhecimento por parte dos doentes das manifestações orais associadas ao HIV o que se traduz num descuido da saúde oral ao invés da procura de um profissional. Podemos, então, concluir que é necessário fornecer uma maior informação aos doentes(11), contudo, a falta de informação não está confinada aos doentes, torna-se imperativo a reciclagem da informação dos profissionais de saúde acerca do diagnóstico e tratamento destas lesões, do encaminhamento apropriado e de todo o acompanhamento clínico do doente(10).

Lesões associadas ao HIV e as suas apresentações clínicas

Oral manifestation	Clinical presentation
Pseudomembranous candidosis	Initial manifestation of symptomatic infection with HIV Prevalence has been reported to be as high as 95% Soft white/yellow, curd-like plaques on the oral mucosa Deposits easily removable by gentle scraping
Erythematous candidosis	Flat red patches on the dorsal surface of the tongue and hard palate White spots and plaques may be seen, but these are not usually conspicuous
Angular cheilitis	Red, ulcerated, and fissured lesion at the angle of the mouth
Hairy leukoplakia	Asymptomatic bilateral, vertically corrugated, or hairy white lesions on the lateral borders of the tongue Not removable Lesions may rarely occur on the buccal mucosa
Linear gingival erythema	Well-demarcated, linear band of intense redness along the gingival margins Amount of erythema is disproportionately intense for the amount of plaque seen No ulceration is present
Necrotising ulcerative gingivitis	Painful ulceration of the interdental papillae associated with halitosis and spontaneous gingival bleeding Sloughing may be seen
Necrotising ulcerative periodontitis (NUP)	Rapidly progressive periodontal disease resulting in bone loss Destruction or sequestration of bone may be seen, and the teeth may become loosened Associated with severe pain (tooth sensitivity)
Necrotising ulcerative stomatitis	Extension of NUP into soft tissues Bone sequestra
Kaposi's sarcoma	Painless purple/violaceous lesions on the palatal/anterior gingival mucosa; later becomes raised and ulcerated
Non-Hodgkin's sarcoma	Rapidly enlarging rubbery mass in the tonsillar fossa, palate, or gingival
Herpes simplex (HSV)	Clusters of painful, small vesicles/ulcers on the palate or gingivae Most cases of HSV infections are recurrent. Herpes labialis lesions are on the vermilion or mucocutaneous junction on the lips; form crusts on rupture Herpes labialis is also known as cold sores
Herpes zoster	Prodrome of pain, multiple vesicles on facial skin, lips, and intraoral structures. Follows the nerve distribution May be complicated by post-herpetic neuralgia
Condyloma acuminata	Warts are nodular or cauliflower-like in appearance, often multiple
Xerostomia	Dry mouth, often with fissured tongue. Promotes dental caries
Salivary gland swelling	Unilateral/bilateral salivary gland swellings
Thrombocytopaenic purpura	Bleeding tendencies; petechiae on oral mucosa
Melanotic hyperpigmentation	Melanotic linear lesions on the gingivae
Histoplasmosis	Necrotic growth/ulcers
Cryptococcosis	Necrotic ulcerative lesions
Tuberculous ulcers	Ulcerative lesions usually on the tongue or gingivae Usually patient has pulmonary TB
Lichenoid reactions	White lace-like lesions on the oral mucosa
Erythema multiforme	Ulcerative lip and intraoral lesions
Dental caries	Dental decay
Trigeminal neuralgia	Shock-like pain along the distribution of the trigeminal nerve
Facial palsy	Unilateral paresthaesia of the face

Tabela 1 - Lesões associadas ao HIV e as suas apresentações clínicas

Adaptado do artigo: “Oral lesions: A true clinical indicator in human immunodeficiency virus”, publicado no Journal of Natural Science, Biology, and Medicine de. Julho de 2011 ;2(2):145–50

Objetivos

Objetivos

A realização deste relatório de actividade clínica, como à priori foi referido, tem como principal objectivo descrever, apreciar e valorizar criticamente experiências e actividades clínicas desenvolvidas no âmbito das diferentes áreas disciplinares do programa lectivo do último ano do mestrado integrado em medicina dentária. Contudo para os alunos que optaram pela realização deste significa à partida uma dedicação acrescida no aprofundamento de conhecimentos teóricos para uma melhor aplicação a nível clínico dos mesmos na prática clínica diária, mas também na motivação para a realização de casos mais diferenciados ou de técnicas consideradas mais inovadoras no âmbito da formação pré-graduada. Será avaliado, e principalmente auto-avaliado, de forma crítica a capacidade de realizar uma boa anamnese para estabelecer um diagnóstico correcto e propor um plano de tratamento adequado à condição médica do paciente, não descurando nunca a condição sócio-económica do mesmo e as suas aspirações individuais, não esquecendo que o paciente deve, também, ser informado do prognóstico dos possíveis tratamentos. A capacidade do aluno de se adaptar aos diferentes pacientes tanto no contexto social, etário e muitas vezes médico, assim como, o registo e interpretação constante dos pontos fortes e dos problemas que surgem durante a prática clínica permite uma mais fácil e motivada busca pelas soluções e pelo melhoramento do trabalho clínico.

Uma vez que é a dedicação e envolvimento pessoal que colocamos na prática clínica, mas também no aprofundamento do conhecimento teórico que sustenta a nossa actuação médica, é possível exigir a cada um de nós que se torne melhor médico dentista.

Pelo facto de não incidir apenas numa área de actuação da medicina dentária, e permitir este aprofundamento dos conhecimentos e a busca por uma maior e melhor prática clínica, que irá ser o mais importante no futuro da minha profissão, ou seja, pelo facto de considerar que me tornará uma melhor médica dentista, optei pela realização deste Relatório de Actividade Clínica.

Materiais e Métodos

Materiais e Métodos

Para a realização deste relatório de actividade clínica foram analisados todos os pacientes atendidos pelo trinómio 83 durante o ano lectivo de 2013/2014 e também alguns actos clínicos realizados em tempo não lectivo, mas que foram contabilizados como actividade clínica, e avaliados na área disciplinar em que se inseriam. Foram vistos pelo grupo 83, o qual integro, 55 pacientes, num total de 174 actos clínicos avaliados, tendo eu na qualidade de operadora visto apenas 24 pacientes integrados em 63 actos clínicos.

Para análise epidemiológica dos pacientes foi preenchido um questionário clínico (Anexo 1) com os dados presentes no programa de gestão clínica, da Clínica Universitária, e através da interrogação directa do paciente, o que logisticamente por vezes foi difícil, e por isso não foi possível uma análise estatística de todos os dados. Foram então analisados os seguintes dados para a caracterização geral da amostra:

- Género
- Idade
- Habilitações
 - Básico
 - Secundário
 - Superior
- Situação profissional
 - Estudante
 - Empregado
 - Desempregado
 - Reformado
- Nível de satisfação do atendimento na Clínica Universitária
 - Mau
 - Satisfaz
 - Bom
 - Muito Bom
- Frequência de outro Médico Dentista
- Patologias sistémicas apresentadas pelos pacientes

- Medicação tomada pelos pacientes

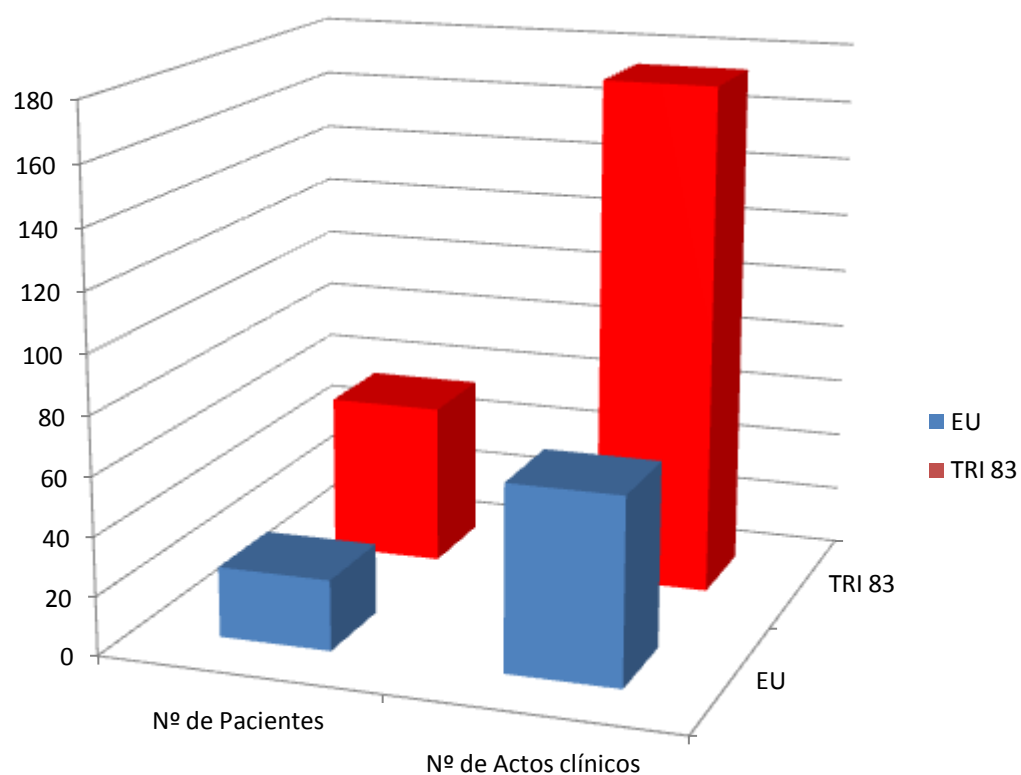
Para cada disciplina foram caracterizados os actos realizados no conjunto pelo grupo 83 e por mim enquanto operadora, e consoante a disciplina diferentes variáveis foram analisadas desde o diagnóstico, à vitalidade ou estado pulpar, à condição periodontal entre outros.

Resultados

Resultados

Caracterização geral da amostra

Número de pacientes vistos e actos clínicos realizados



	Nº de Pacientes	Nº de Actos clínicos
EU	24	63
TRI 83	55	174

Gráfico 1 Caracterização geral da amostra – Pacientes e actos clínicos realizados

Distribuição de idades dos pacientes

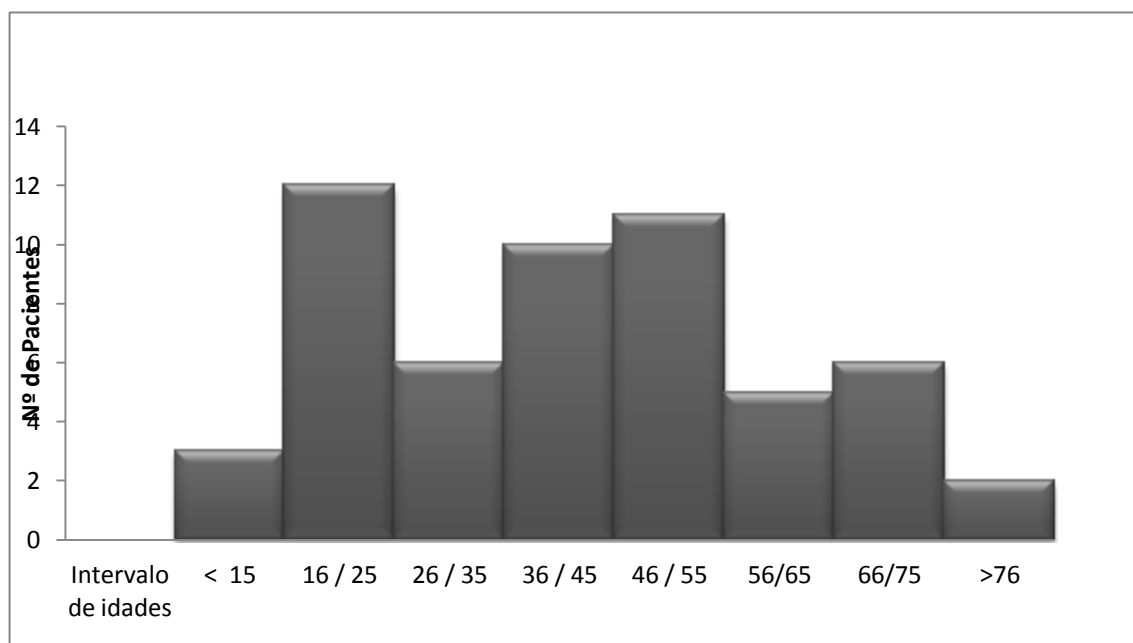


Gráfico 2 Distribuição de idades dos Pacientes

Distribuição dos pacientes por género

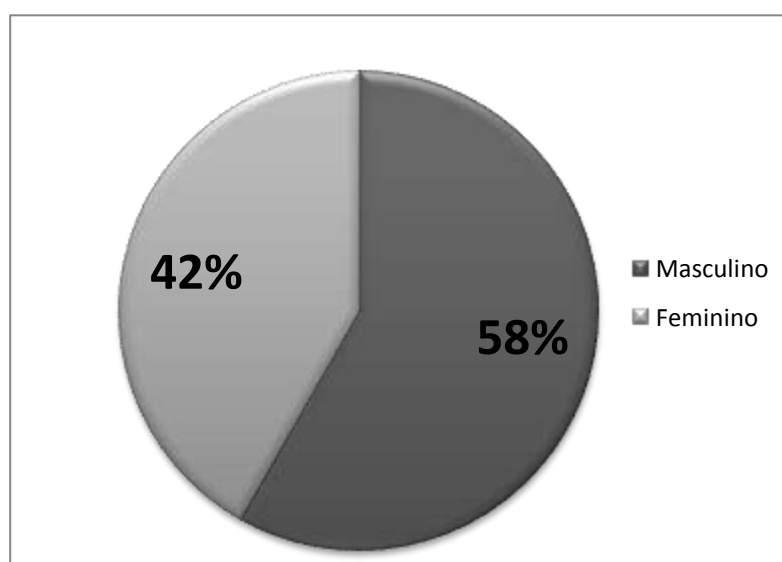


Gráfico 3 Distribuição dos pacientes por género

Distribuição das habilitações literárias

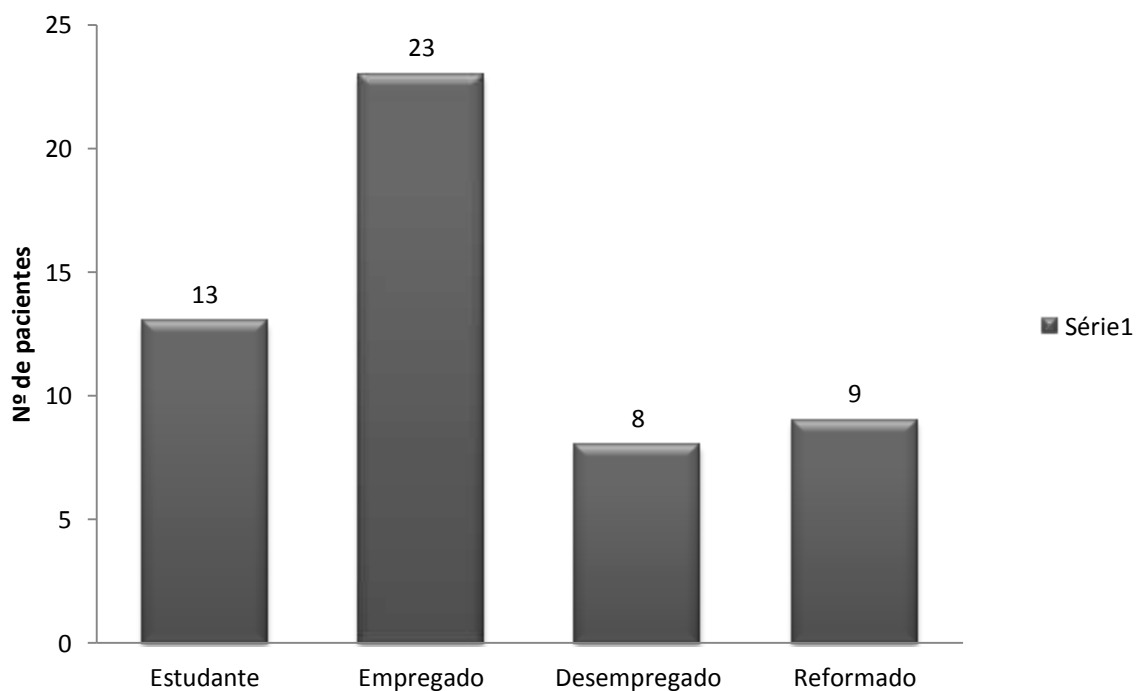


Gráfico 4 Distribuição da habilitações literárias

Situação Profissional

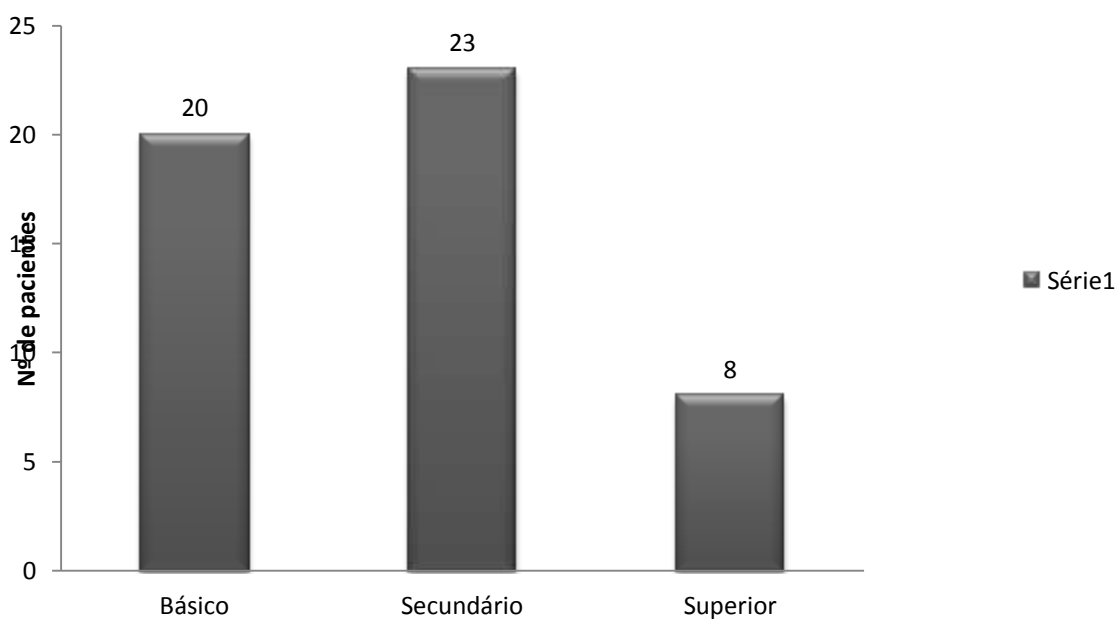


Gráfico 5 Distribuição da situação profissional dos pacientes

Nível de Satisfação do atendimento na Clínica Universitária

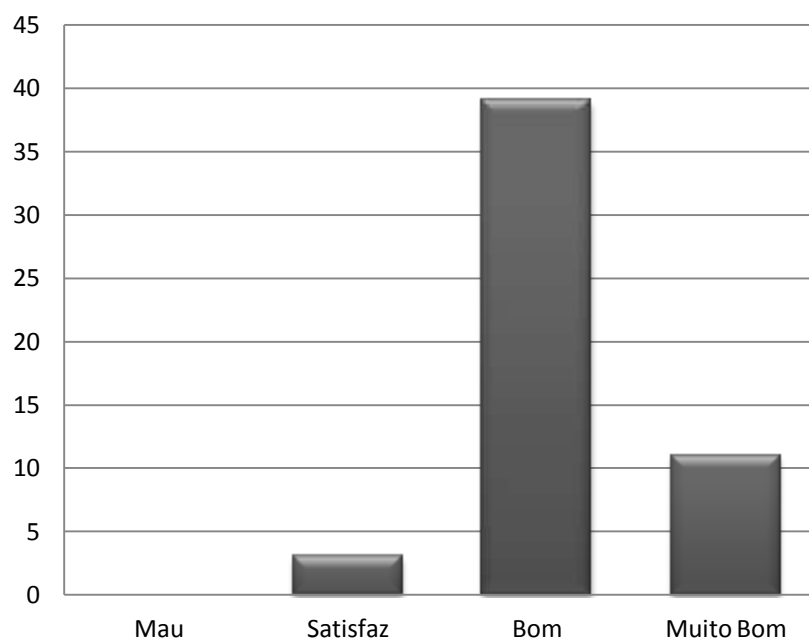


Gráfico 6 – Distribuição do nível de satisfação do atendimento demonstrado pelos pacientes

Frequência de outro Médico Dentista

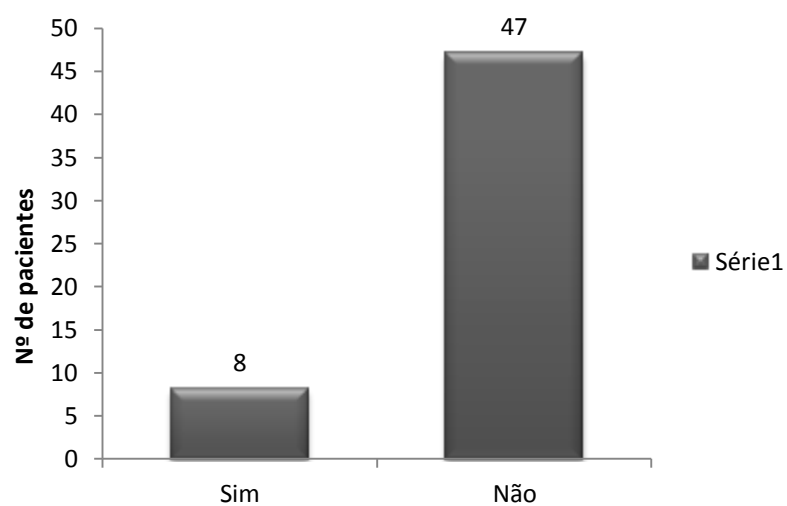
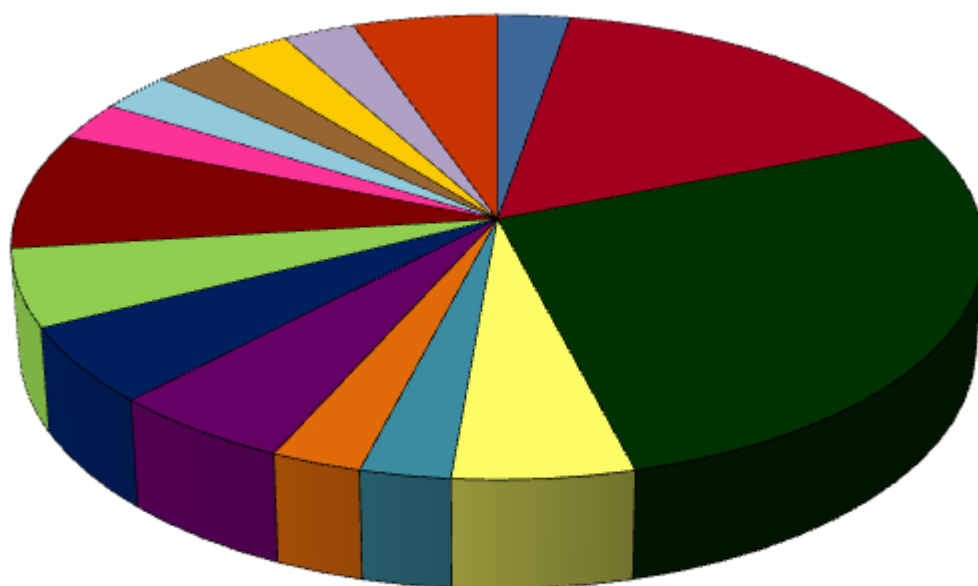


Gráfico 7 – Distribuição dos pacientes a frequentar outro Médico Dentista

Caracterização Clínica da Amostra

Patologias apresentadas pelos pacientes



- | | |
|------------------------|----------------------------------|
| ■ Insuficiência mitral | ■ Hiper-colesterolémia |
| ■ Hipertensão | ■ Epilepsia |
| ■ Hérnia disca | ■ Hiperuricémia |
| ■ Asma / Bronquite | ■ Hiperplasia Prostática Benigna |
| ■ Diabetes | ■ Patologias gástricas |
| ■ Artite reumatoide | ■ Depressão |
| ■ Dislipidemia | ■ Síndrome de Gilbert |
| ■ HIV | ■ Esquistofernia |

Gráfico 8 – Distribuição das patologias presentes nos pacientes

Medicação tomada pelos pacientes

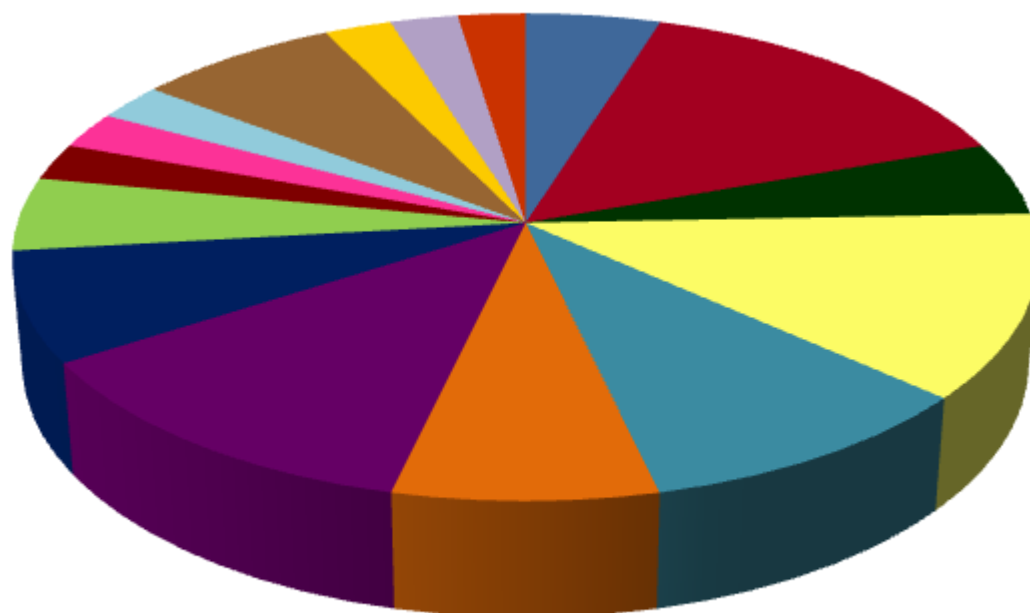


Gráfico 9 – Distribuição da medicação tomada pelos pacientes

Caracterização da Actividade Clínica

Actividade clínica correspondente a cada área disciplinar

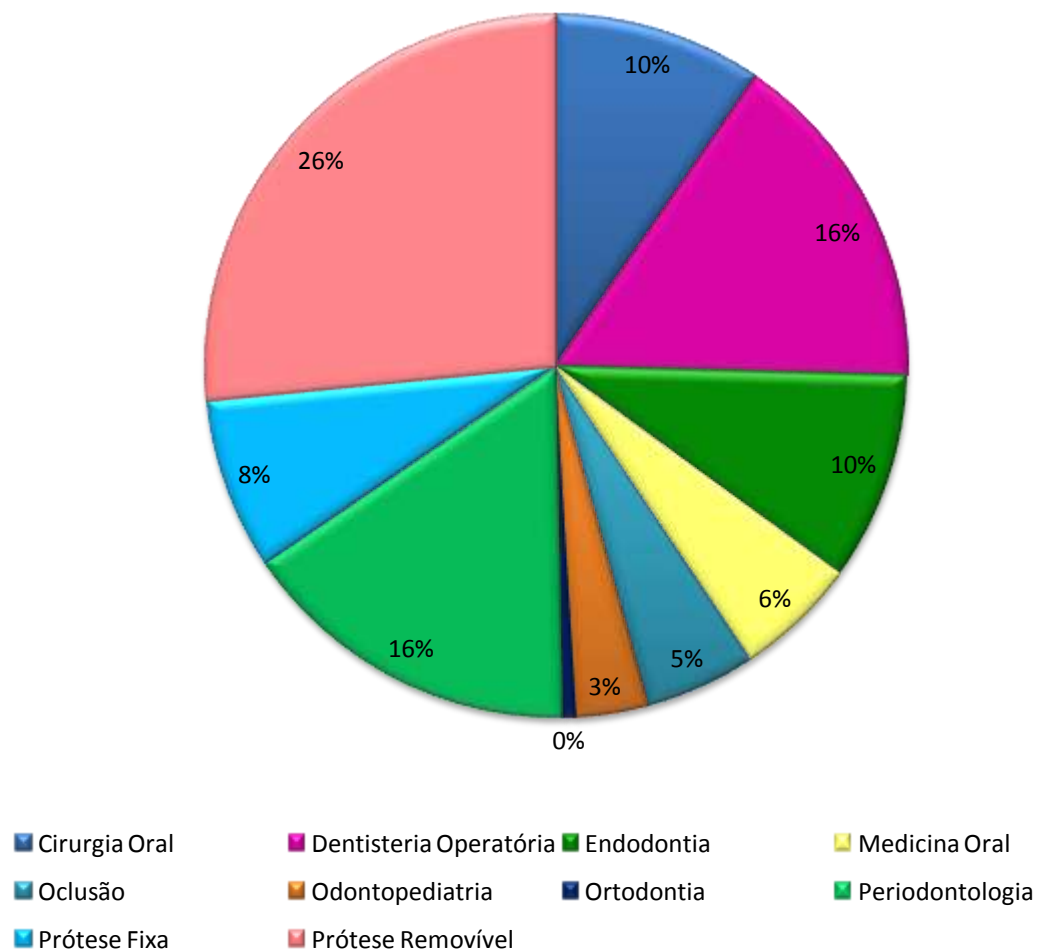


Gráfico 10 – Distribuição da actividade clínica total pelas áreas disciplinares

Caracterização da Amostra relativa a cada Área Disciplinar

Medicina Oral

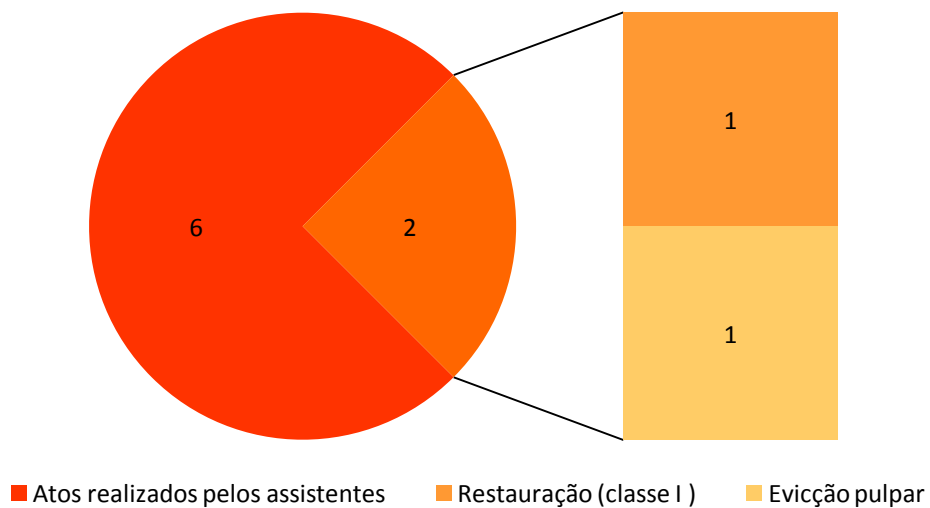


Gráfico 11 – Distribuição da actividade clinica do grupo 83 na área de Medicina Oral

Periodontologia

○ Distribuição dos actos clínicos

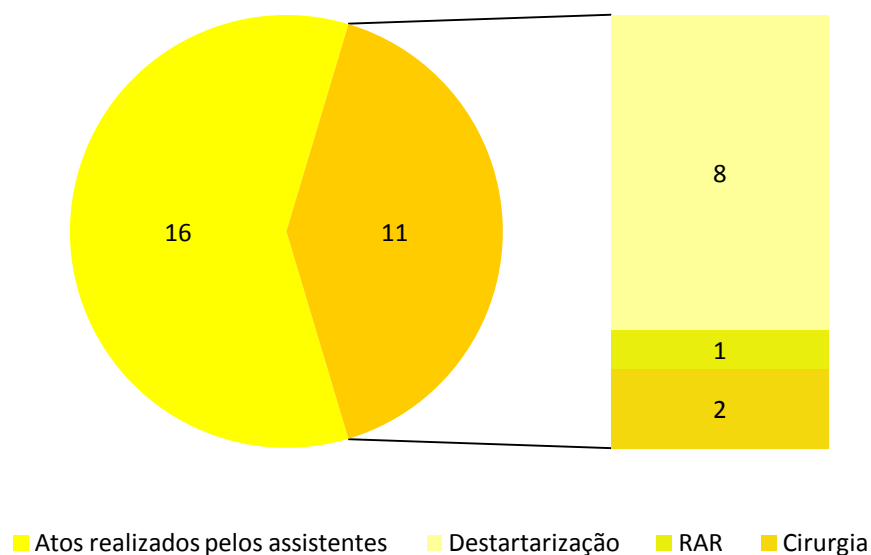


Gráfico 12 - Distribuição da actividade clínica do grupo 83 na área de Periodontologia

○ Distribuição dos diagnósticos

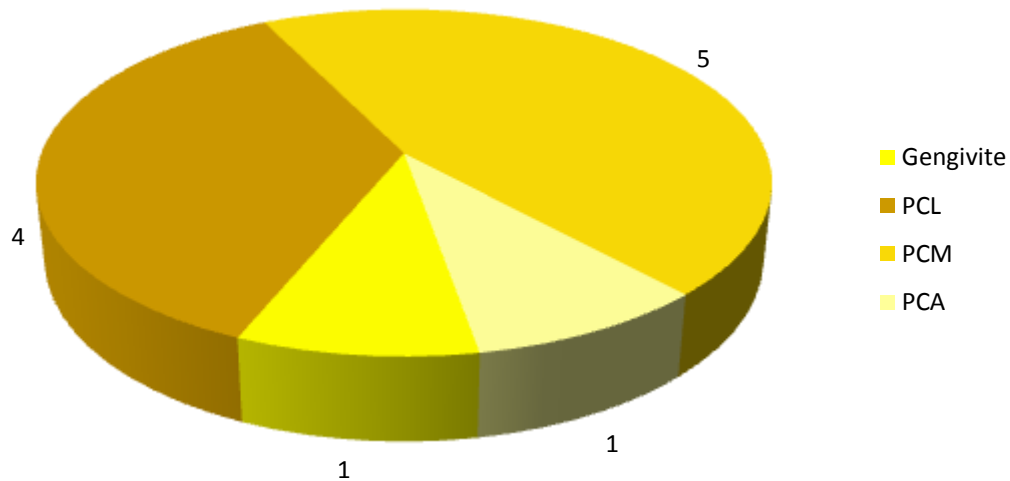


Gráfico 13 – Distribuição das condições periodontais diagnosticadas

Dentisteria

○ Distribuição dos actos clínicos

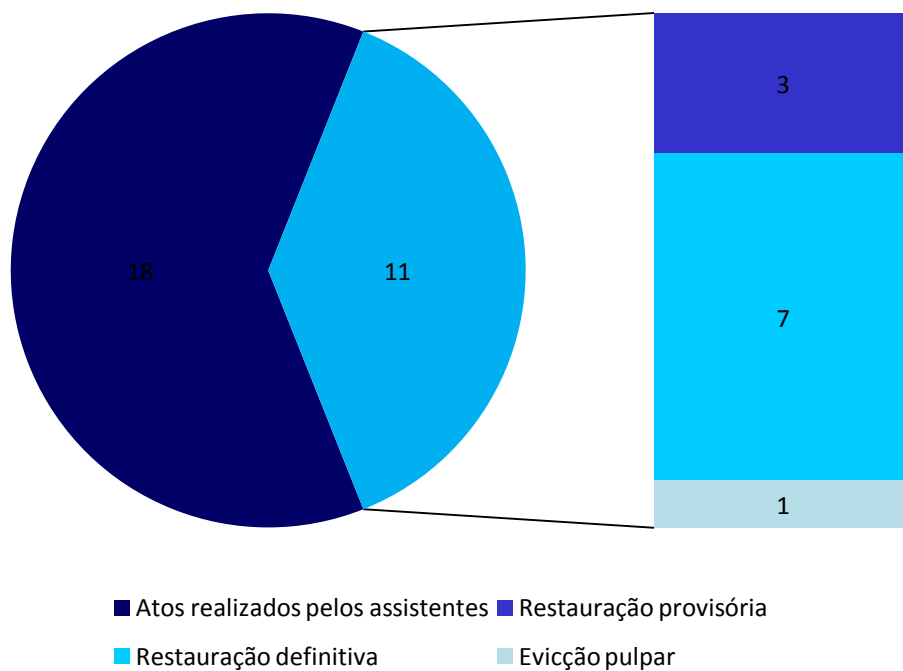


Gráfico 14 – Distribuição da actividade clínica do grupo 83 na área de Dentisteria

○ Estado da polpa

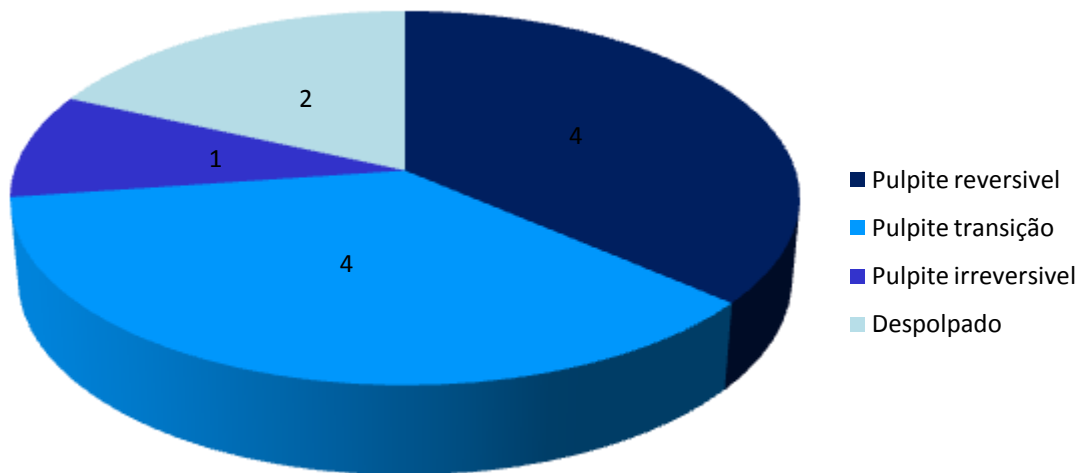


Gráfico 15 – Distribuição da condição pulpar nos tratamentos realizados

○ Classe das restaurações realizadas

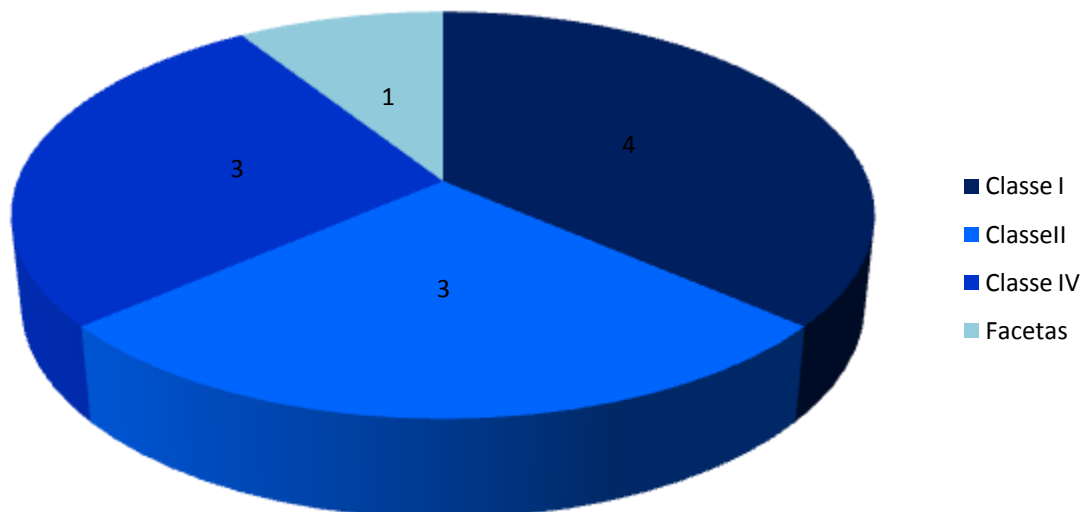


Gráfico 16 – Distribuição das classes das restaurações realizadas

Endodontia

○ Distribuição das Endodontias realizadas

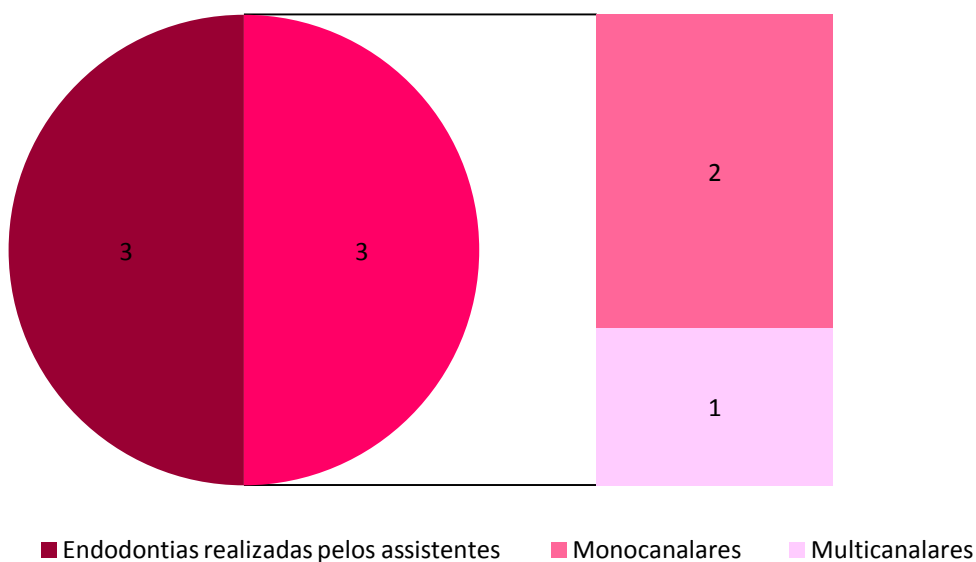


Gráfico 17 -- Distribuição da actividade clínica do grupo 83 na área de Endodontia

Cirurgia Oral

○ Distribuição dos actos clínicos

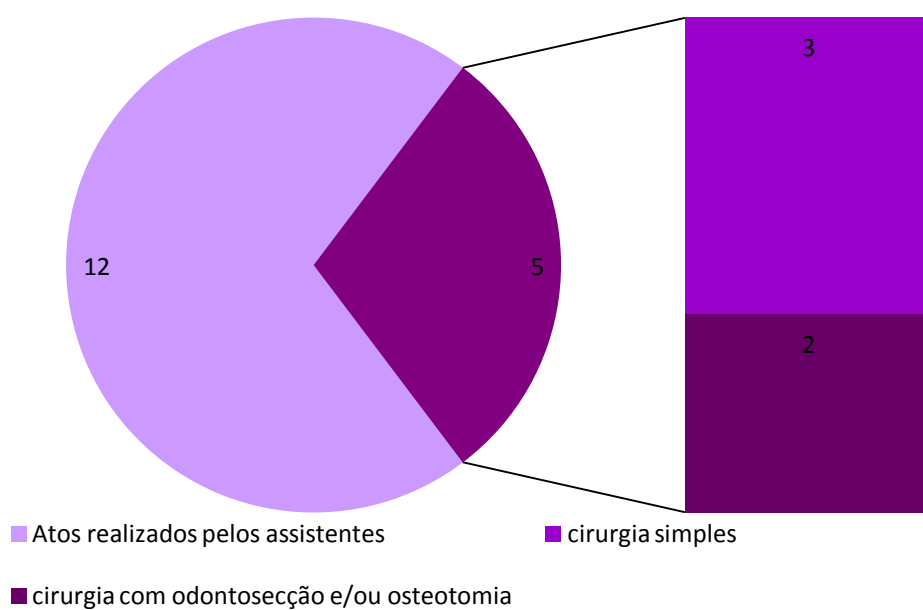


Gráfico 18 – Distribuição da actividade clínica do grupo 83 na área de Cirurgia Oral

○ Motivos da extração

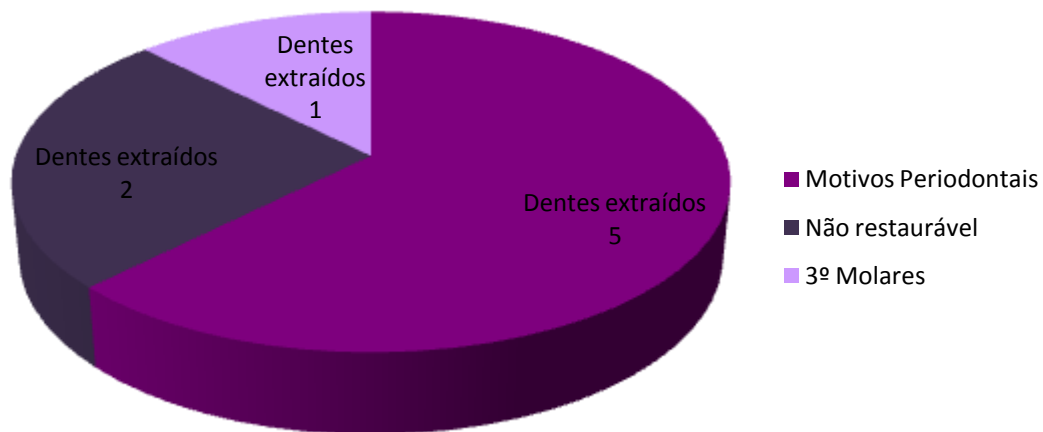


Gráfico 19 – Distribuição dos motivos das extrações realizadas

Prótese removível

○ Reabilitações protéticas realizadas

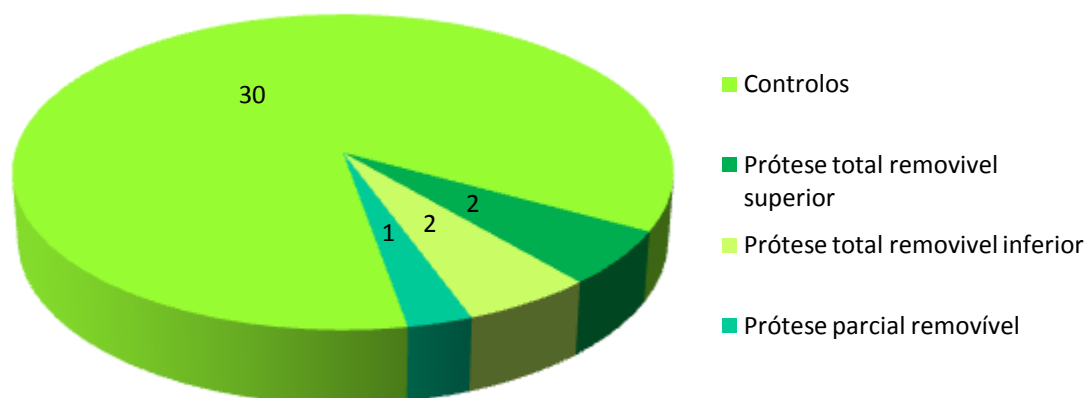


Gráfico 20 – Distribuição dos procedimentos realizados pelo grupo 83 na área de Prótese Removível

○ Distribuição dos actos clínicos realizados no grupo 83

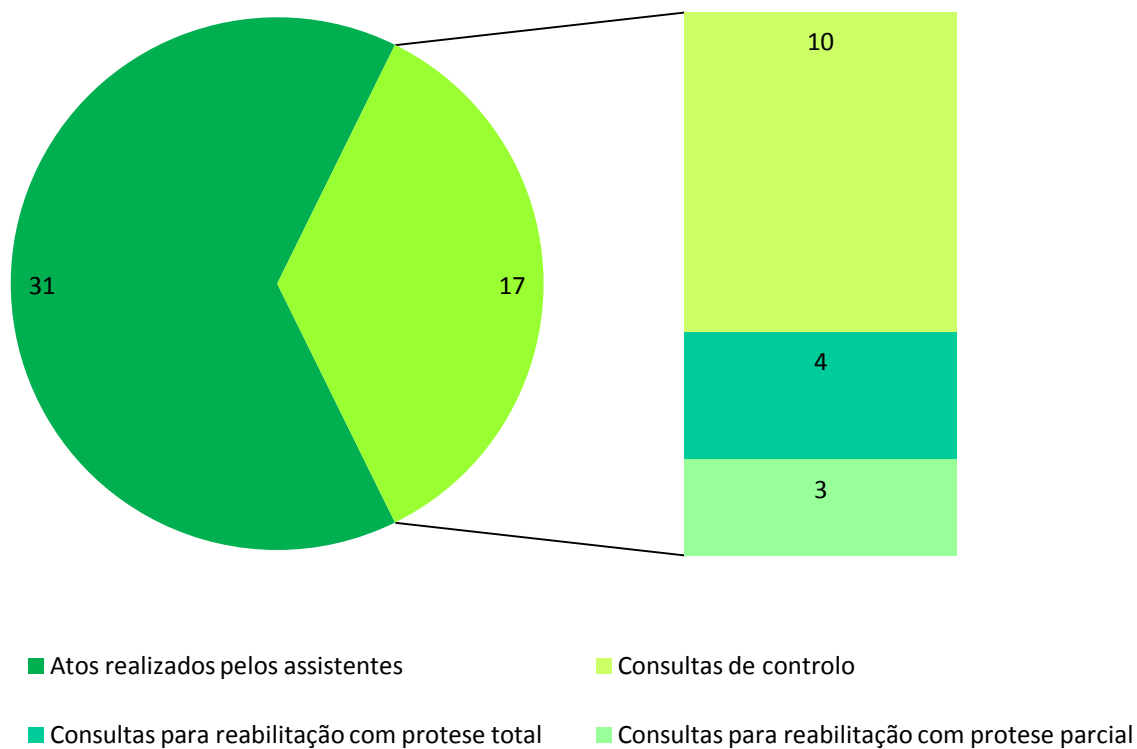


Gráfico 21 – Distribuição da actividade clínica do grupo 83 na área de Prótese Removível

○ Procedimentos clínicos realizados

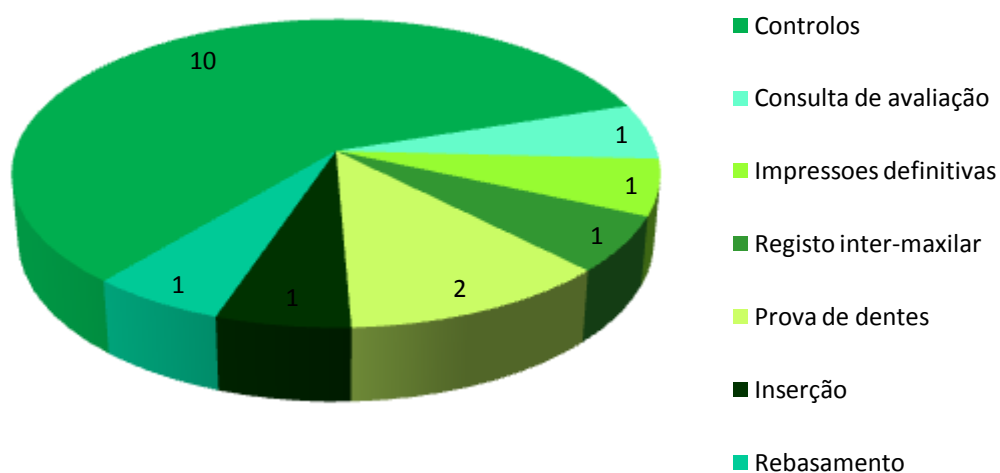


Gráfico 22 – Distribuição da actividade clínica realizada enquanto operadora

Prótese Fixa

- Distribuição dos actos clínicos realizados no grupo 83

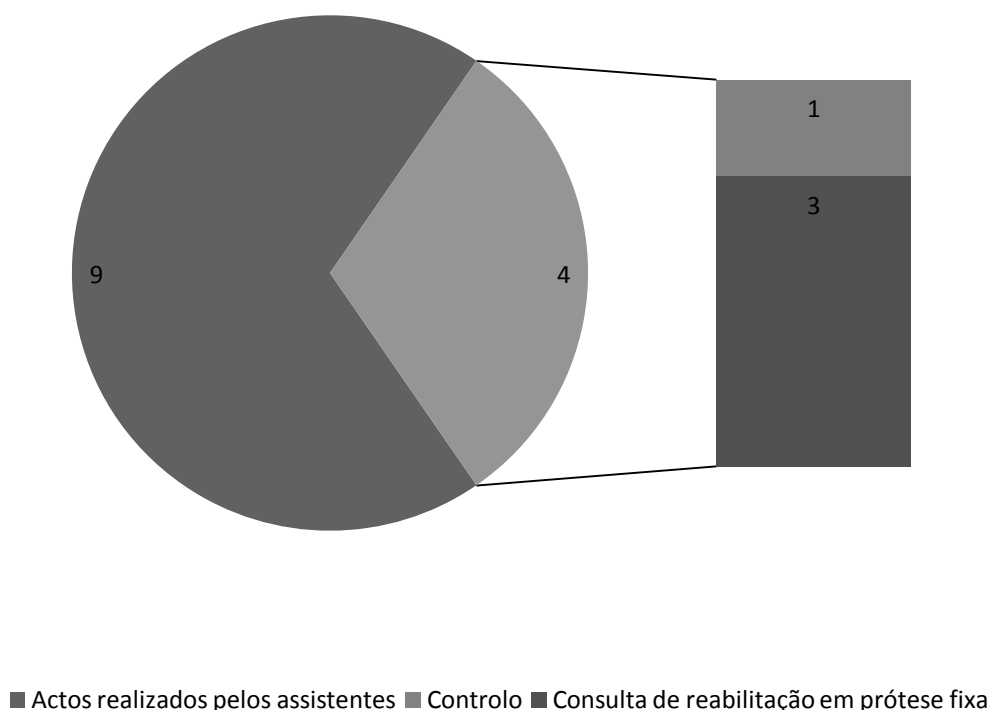


Gráfico 23 – Distribuição da actividade clinica do grupo 83 na área de Prótese Fixa

- Procedimentos clínicos realizados
 - Consulta de avaliação para ponte MC – dentes pilares 23 e 25
 - Controlo de coroa untinária metálica
 - Mudança de provisório da ponte MC – dentes pilares 23 e 25
 - Cimentação definitiva da ponte MC – dentes pilares 23 e 25

Oclusão

- Distribuição dos actos clínicos do grupo 83

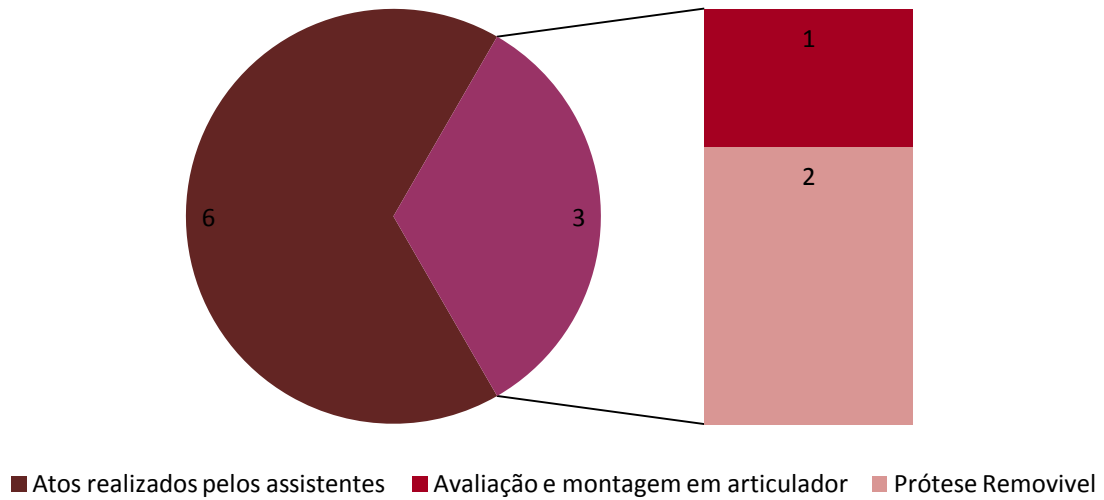


Gráfico 24 – Distribuição da actividade clínica do grupo 83 na área de Oclusão

Ortodontia

Foi realizada uma avaliação ortodôntica de um paciente de 16 anos, foi feito o estudo e apresentado o plano de tratamento contudo o tratamento necessário é fixo e portanto não foi prosseguido na Clínica Universitária.

Odontopediatria

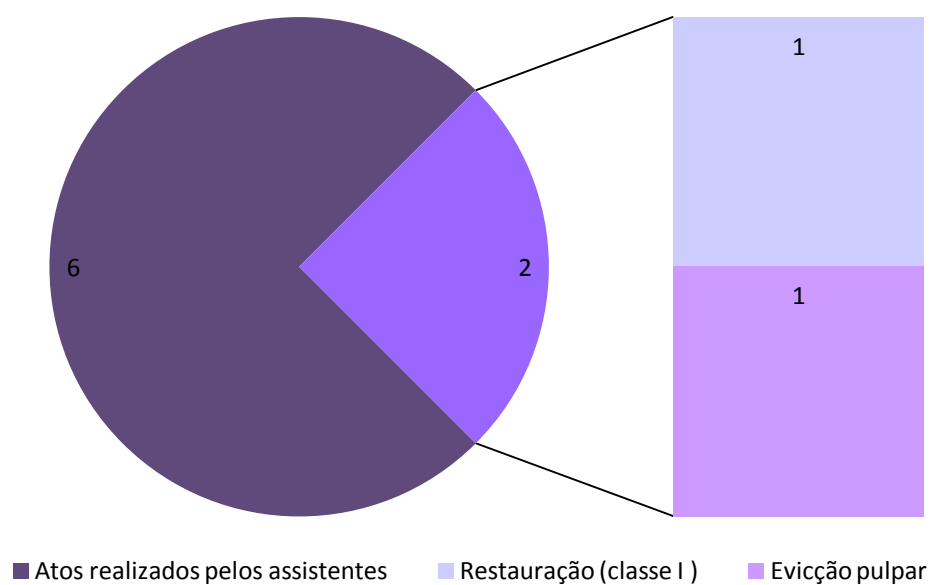


Gráfico 25 – Distribuição da actividade clínica do grupo 83 na área de Odontopediatria

Nota: Todos os procedimentos foram realizados em dentição definitiva

Casos Clínicos Diferenciados

Coronoplatia do dente 11 devido a intrusão após avulsão e anquilose

Contextualização do caso:

O caso que se segue refere-se a um paciente jovem que na infância fez avulsão do dente 11. Refere que, na altura, este foi reposicionado no alvéolo passado já algumas horas do incidente e que foi realizada uma férula que usou durante alguns dias, o dente foi posteriormente endodonciado. Quando nos procurou para realizar uma destartarização mostrou-se muito descontente com a estética deste dente e questionou sobre as possibilidades de solucionar este problema. O dente encontrava-se bastante intruído e após exame radiográfico e clínico, constatou-se que o dente se encontrava anquilosado e que a intrusão deste se devia a uma anquilose de substituição, observou-se ainda que existia reabsorção radicular tanto interna como externa. Esta situação de anquilose colocou de parte a solução anteriormente apresentada por um outro médico dentista de tração ortodôntica. Perante isto percebeu-se que a única solução seria a extração do dente e a reabilitação fixa com implante e enxerto ósseo uma vez que nesta zona, devido à intrusão, já tinha sido perdido algum volume ósseo. Por uma questão de idade do paciente e falta de disponibilidade económica no momento, apresentou-se então a solução de re-anatomização com recurso a resinas compostas, ainda que com a plena noção de que esta seria complicada pela posição do remanescente, e provisória, pois à medida que continue a ocorrer a anquilose de substituição o dente vai continuar a intruir. A solução provisória foi aceite e o caso foi então planeado, tendo consciência de que seria de realização complexa.

Enquadramento teórico:

A avulsão dentária é a separação completa do dente do seu alvéolo com o rompimento das fibras do ligamento periodontal, permanecendo algumas aderidas no cimento do dente e outras ao osso alveolar (15). A avulsão dentária é um tipo de traumatismo menos comum, 0,5 a 16% (15), mas ainda assim com alguma incidência, ocorre muito também na infância, essencialmente entre os 2 e 4 e os 9 e 10 anos de idade, com uma maior incidência nos indivíduos do sexo masculino (16). Na infância existem alguns factores que se consideram predisponentes à ocorrência deste tipo de trauma dentário,

estão associados, tanto às actividades normais da infância, como à menor quantidade de fibras do ligamento. Para além destes, também a protrusão incisiva e a ausência de selamento labial são factores que predispõem à ocorrência destes acidentes.

Perante esta situação a recolocação do dente no alvéolo deve ser sempre realizado pois este é o único tratamento não protético que pode ser realizado. Este tem uma probabilidade de sucesso que pode ir desde os 4 aos 50% e depende essencialmente do tempo de permanência da peça dentária fora do alvéolo, da forma como este é reservado e transportado e do tipo e severidade do dano dos tecidos periodontais. É um facto que neste casos ocorre sempre lesão tecidual, com a morte de cementoblastos em grandes áreas da superfície cementaria e no ligamento periodontal, ocorrem áreas de hemorragia e necrose que, gradativamente, vão dando lugar ao exsudato e infiltrado inflamatório, essenciais à reparação tecidual. Quando o trauma afecta apenas pequenas áreas do ligamento periodontal, mantendo-se uma quantidade moderada de células sobreviventes próximo à superfície da raiz, este é reparada por meio das regiões intactas do ligamento periodontal. Durante esse processo de reparação, uma camada superficial da raiz pode ser reabsorvida. Se tal reabsorção for superficial, a cavidade reabsorvida será reparada pela deposição de novo cimento. Os cementoblastos vizinhos aos cementoblastos perdidos e os pré-cementoblastos reposicionam-se e passam a recobrir a superfície cementaria, contudo, se isto não ocorrer, a reabsorção radicular progride (15,17). A reabsorção radicular pode ser de 3 tipos: reabsorção de superfície, de substituição ou inflamatória. A reabsorção de superfície resulta de pequenas lesões da camada mais interna do ligamento periodontal e, possivelmente, também do cimento, o que provoca um ataque osteoclástico superficial na raiz. A cicatrização acontece a partir do ligamento periodontal adjacente, por meio do qual, a cavidade de reabsorção inicial está quase, completamente, reparada com o cimento. A reabsorção por substituição é causada pela necrose ou remoção do ligamento periodontal. A principal característica histológica dessa reabsorção são lacunas de reabsorção reparadas com osso, provocando assim a anquilose dentária. Esta reabsorção por substituição pode ser manifestada de duas maneiras : permanente, que reabsorve gradualmente a raiz inteira, ou transitória, na qual a anquilose, uma vez estabelecida, desaparece mais tarde. A reabsorção inflamatória é histologicamente caracterizada por lacunas de reabsorção, com células multinucleadas em tecido de granulação podendo comprometer cimento e dentina. A

reabsorção inflamatória pode progredir rapidamente, podendo levar a perda do elemento dentário dentro de meses.

Em situações de re-implantação da peça dentária, principalmente aquelas que não ocorrem num espaço de tempo curto, devem ser tomadas medidas que aumentem a viabilidade da membrana periodontal ligada à superfície radicular. A peça dentária deve ser acondicionada em meios húmidos com osmolaridade e ph adequado, podem também usar-se soluções fluoretadas para retardar a reabsorção. A nível do alvéolo, este não deve ser curetado mas apenas irrigado com soro fisiológico a menos que a reimplantação seja feita passado muito tempo da avulsão, pois nestes casos já começou a ocorrer a cicatrização o que irá gerar pressões laterais no momento do reimplante, mesmo nestes casos a curetagem deve ser suave. Atualmente, considera-se que se deve ferulizar fracamente e colocar o dente imediatamente em função oclusal pois irá estimular o metabolismo dos tecidos periodontais. Alguns cuidados devem ser tomados pelo paciente no pós operatório, a profilaxia antibiótica não é postulada por todos os médicos dentistas, contudo, uma vez que a reabsorção radicular está intimamente ligada à infecção do alvéolo esta é recomendada. O Tratamento endodôntico deve apenas ser feito 2 a 3 semanas após a avulsão para não danificar ainda mais o ligamento periodontal (15).

Após a avulsão e reimplantação do dente, a probabilidade de anquilose é considerável, quando diagnosticada a decisão do profissional será pela extração ou pela conservação do dente na arcada, como mantenedor de espaço, até a reabsorção completa da raiz. (17) Para além da manutenção do espaço, se considerarmos a reabilitação protética com recurso a implantes, a reabsorção radicular ocorrida é até vantajosa pois promove a formação de osso onde não o existia no momento da avulsão (18).

Contudo, existe ainda um problema a ter em conta em crianças e adolescentes. Ocorre um grande crescimento vertical do osso alveolar, o que não ocorre na região do dente anquilosado, causando uma infra posição crescente do dente e permitindo a inclinação dos dentes adjacentes, esta situação é agravada se a anquilose se estabelecer antes dos 10 anos de idade (17).

Uma vez que os dentes anquilosados não são passíveis de movimentação ortodôntica e a correção com prótese fixa não é viável a longo prazo devido à infra posição progressiva, a solução é extrair a peça dentária e reabilitar com implantes, contudo, esta ainda é um

tratamento dispendioso e por isso não ao alcance de todos e que deve idealmente ser feito no final do crescimento. Sendo a estética uma preocupação de muitos dos pacientes, é imperativo arranjar soluções, que ao serem provisórias, uma vez que a reabsorção radicular não é cessada, sejam economicamente suportáveis pela população em geral.

Podemos então, neste caso, recorrer à resinas compostas para realizar uma coronoplastia do dente que ainda se mantém visível de modo a minimizar o impacto estético do defeito, tendo, contudo, consciência de que este procedimento não é definitivo nem totalmente seguro.

As resinas compostas permitem ao médico dentista restaurações em que é mimetizada a estrutura dentária tanto em regiões posteriores e anteriores, com características mecânicas adequadas.(19) Desde a introdução dos compósitos na medicina dentária estas sofreram numerosas alterações que lhe garantiram melhorias ao nível das propriedades mecânicas e estéticas. Em regiões posteriores, elas apresentam um ratio de falha reduzido e no que diz respeito a restaurações no sector anterior, apesar de haver poucos estudos este material tem mostrado um bom desempenho (20). Quando um médico dentista pretende realizar uma restauração com resinas compostas a selecção do material, sistema adesivo e compósito é um passo muito importante que pode influenciar as propriedades mecânicas e ditar a performance da restauração.

Actualmente, existem diferentes tipos de compósitos no mercado. Dividem-se, essencialmente, em resinas microparticuladas, com partículas de carga de aproximadamente 0,04micrômetros de diâmetro e cerca de 50% de concentração por peso, caracterizam-se por serem extremamente políveis, vítreas e estéticas mas, com a desvantagem da fragilidade e da pequena resistência à fratura e desgaste em processo de fadiga. As resinas híbridas caracterizam-se por possuírem uma maior quantidade de carga, chegando a uma concentração de 70 a 90% por peso. Apresentam uma maior eficiência mecânica, sendo indicadas para situações de stress oclusal, contudo a manutenção do polimento da superfície é algo deficiente, para além disto, sabemos, também, que apresentam diferenças ao nível da opacidade e translucidez. Algumas dificuldades existentes na restauração de dentes anteriores referem-se a uma incorreta escolha de resinas com características ópticas favoráveis e a sua utilização de espessuras inadequadas em regiões extremamente específicas (7), por isto, a fase de preparação dos

casos, e mais especificamente, da escolha dos compósitos é muito importante para o sucesso do tratamento.

História clínica:

Nome: R.M.A.R.A

Idade: 17 anos

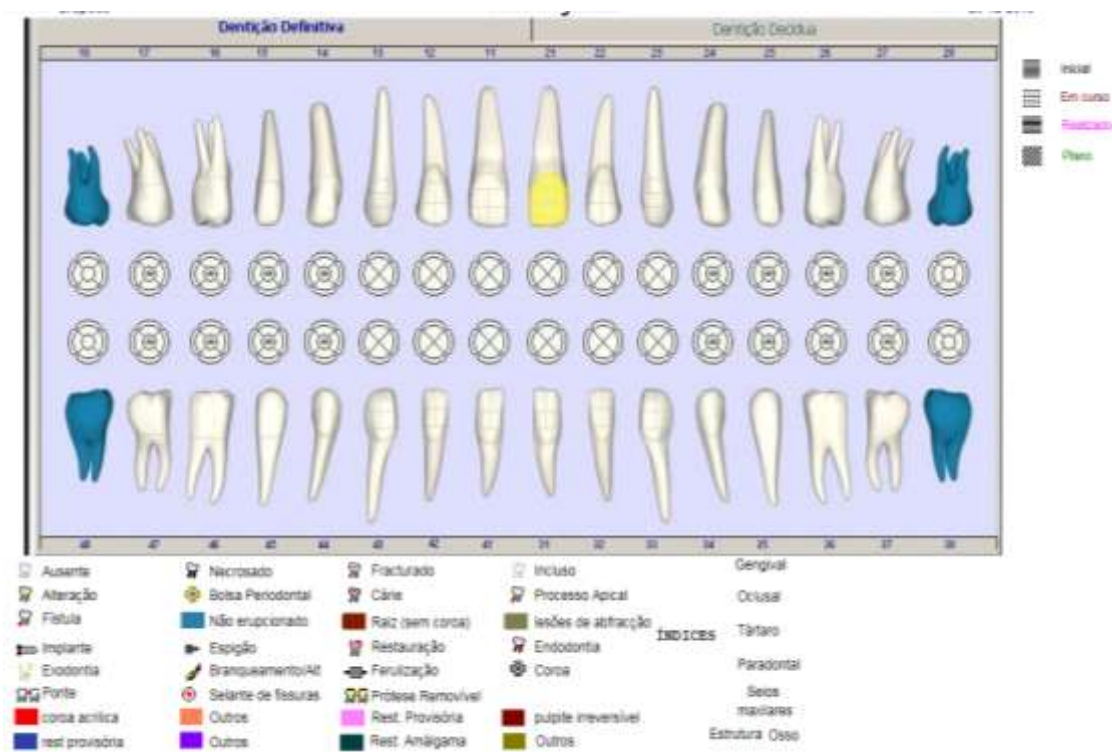
Antecedentes médicos gerais e medicação: Epilépсия, medicado com Depakin; não apresenta qualquer outra patologia ou alteração sistémica.

Antecedentes pessoais dentários: selantes e restaurações; avulsão do dente 21

Antecedentes familiares: Casos de cancro na família

Exame clínico intra e extra oral: dente 21 em infra-oclusão; boa higiene oral; nada mais a assinalar

Odontograma:



Exames auxiliares de diagnóstico:

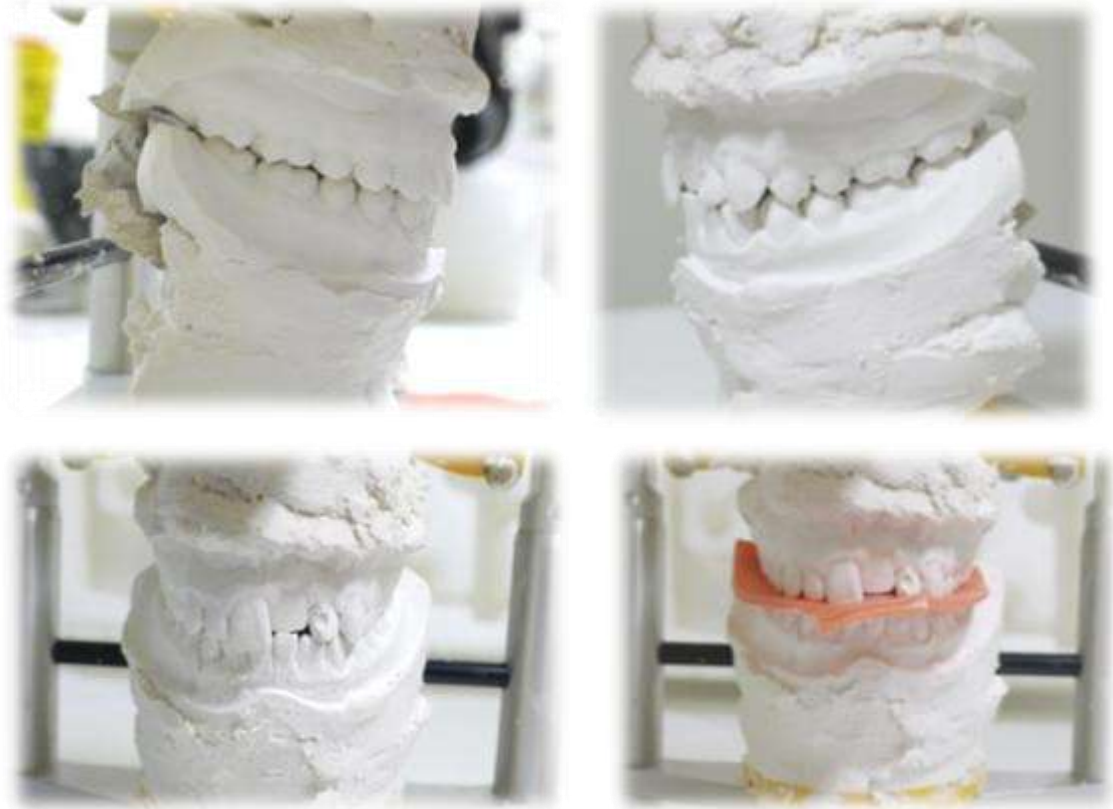


Procedimento realizado:

1. Realização das fotos intra e extra-oriais;



2. Realizaram-se impressões de diagnóstico para posterior enceramento e montou-se em articulador para se avaliar os contactos em protrusão e lateralidade



3. Realizou-se o enceramento de diagnóstico em compósito e a matriz de silicone;

O procedimento foi realizado 3 vezes até se conseguir o resultado desejado, inicialmente, optou-se por não realizar nenhum preparo na superfície dentária, tendo sido apenas feito um ajuste final em palatino para remover a interferência oclusal.

4. Depois de cortada a matriz de silicone e preparação do remanescente dentário, com ataque ácido e sistema adesivo, esta foi colocada por palatino de modo a facilitar a obtenção da forma desejada, sobre esta foi colocado o compósito de esmalte GE2, para restaurar a parede palatina e o bordo incisal, e polimerizou-se

5. Sobre a parede palatina e sobre a estrutura dentária remanescente colocou-se o compósito de dentina A2, sendo que no terço médio houve necessidade de colocar uma camada de volume considerável para que a restauração ficasse ao nível do contra-

lateral, foi dada a textura de superfície e alguma anatomia ao nível do terço incisal ainda que reduzida uma vez que as peças dentárias do paciente são relativamente homogêneas, e opacas.

6. Foi aplicada a ultima camada de compósito de esmalte e polimerizado .

7. Foi feito o acabamento de forma a garantir um bom perfil de emergência do dente e uma anatomia adequada, neste momento percebemos que o bordo incisal em distal tinha sido desgastado em exagero que na região da papila inter-dentária o dente tinha ficado muito largo e tinha um aspecto pouco natural, contudo optou-se por chamar o paciente numa próxima consulta para resolver esta situação.(não foi tirada a fotografia final)

8. Fez-se um polimento adequado e os ajustes oclusais necessários.

O paciente voltou 2 semanas mais tarde, e depois de novamente discutido o caso com os professores da área de dentisteria optou-se por outra abordagem que se considerava mais adequada.



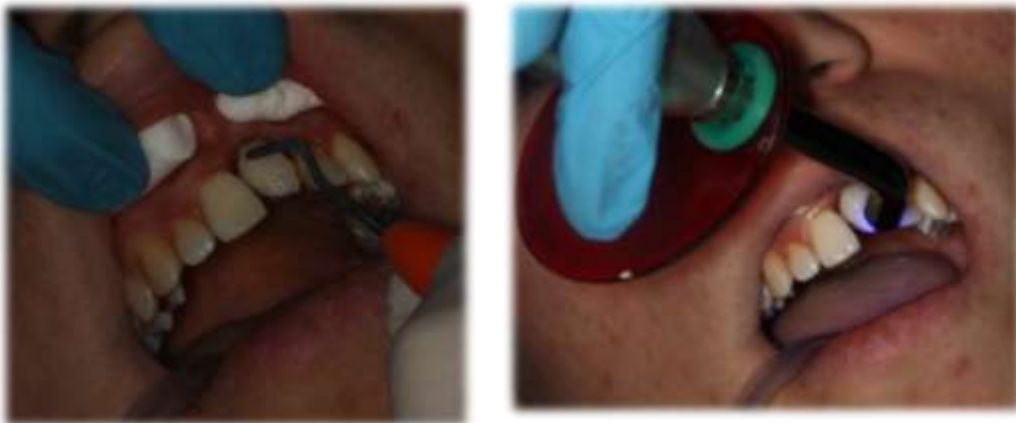
Neste momento, verificou-se que para além da questão do bordo incisal estar mais curto em distal tinha ocorrido a coloração do compósito na região cervical e que a cor não teria sido bem escolhida.

Para solucionar esta situação, e como planeado anteriormente, com os docentes, optou-se pelo preparo do remanente dentário e restaurou-se com uma coroa de acetato preformada

9. Realização do preparo dentário;



10. Escolha da coroa de acetato; (esta fase determinou o insucesso desta nova tentativa uma vez que não existia na Clínica Universitária nenhuma coroa que se adaptasse de forma perfeita à emergência e forma do dente)



11. Colocou-se o compósito de dentina no remanescente e fotopolimerizou-se;

12. Colocou-se o compósito de esmalte na coroa de acetato, adaptando-o às paredes da coroa, fez-se um pequeno furo no bordo incisal da mesma para sair o excesso de compósito, adaptou-se a coroa com o compósito ao remanescente, auxiliada por duas

cunhas de madeira colocadas na região das papilas interdentárias e fazendo alguma pressão por fim fotopolimerizou-se.



13. Para terminar remove-se a coroa de acetato e dão-se os acabamentos anatômicos finais assim como o polimento.



14. Uma vez que o paciente ficou descontente com o resultado final marcou-se uma 3º consulta em que apenas foram realizados alguns ajustes na forma da restauração.



Depois de 3 tentativas, do recurso a 2 técnicas diferentes, o paciente mostrou-se satisfeito com o resultado final e, considerando, a idade do paciente, ainda que esta seja uma solução provisória, considero ter sido a melhor solução pois como referido anteriormente vai possibilitar o crescimento de osso na região e assim facilitar a colocação de um implante no futuro. Para além disso melhorou muito o sorriso do paciente e com certeza a sua interação social que se encontrava um pouco limitada por este “defeito anatómico”.

Recobrimento de festão de McCall dente 2.2 com recurso à técnica VISTA

(Poster submetido ao Congresso da SPEMD 2014 – Resumo em Anexo2)

Enquadramento do caso:

Paciente jovem com recessão dente 2.2 associada à guia de lateralidade se efectuar quase exclusivamente, por este dente. **Festão de McCall**

- A paciente pretende fazer um recobrimento da recessão gengival por motivos estéticos.

Hipótese(s) de tratamento

- Hipótese 1 - Eliminação factor etiológico e observar eventual regeneração gengival
- Hipótese 2 - Cirurgia Periodontal – Técnica de tunelização com enxerto de tecido conjuntivo (técnica VISTA)

Enquadramento teórico:

A recessão gengival afecta quase toda a população idosa e adulta, 80% dos séniores e 50% dos adultos segundo o *US National Survey*. Esta pode apresentar vários graus, dependendo de uma série de factores e aumenta a sua gravidade com a idade. A recessão gengival é a migração apical da margem gengival à junção amelo-cementária (JAC). A distância entre a JAC e a margem gengival dá o nível de recessão. A recessão gengival pode ser causada por doença periodontal, acumulação de placa bacteriana, inflamação gengival, uso inadequado do fio dental, escovação agressiva, relações oclusais incorretas entre outras. Podem aparecer de forma localizada ou generalizada e pode ocorrer com ou sem perda de *attachement* (8).

A recessão gengival é uma das mais comuns manifestações de doença periodontal e ,para além de aumentar a sensibilidade dentária, e a incidência de caries radiculares também

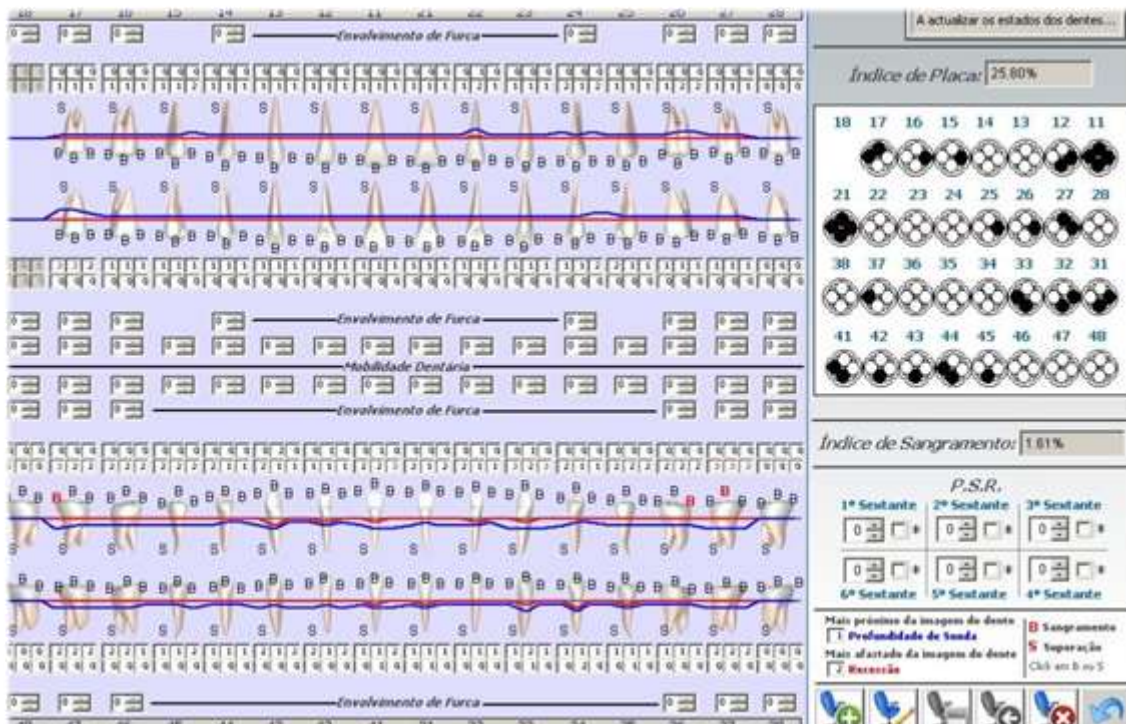
provoca discrepâncias na margem gengival, o que se traduz num problema estético. Com o aumento da consciencialização da estética dentária, a partir da década de 80, os profissionais de saúde viram-se obrigados a desenvolver novos materiais e técnicas que solucionassem, de forma previsível, esta nova exigência do paciente (23).

Várias técnicas têm sido sugeridas para o recobrimento das recessões gengivais desde o enxerto pediculado, o enxerto gengival livre, o enxerto de tecido conjuntivo (CTG) e ainda a regeneração tecidual guiada. Allen e Miller consideraram o enxerto pediculado muito eficaz e previsível, contudo, este parece ser só adequado a defeitos superficiais. Por isto, actualmente, parece ser o enxerto de tecido conjuntivo aquele que apresenta maior adesão por parte dos médicos dentistas. Esta técnica, apesar de grande sucesso, e as modificações que têm sido sugeridas, ainda tem o inconveniente da morbilidade do paciente devido à necessidade de recolha do enxerto o que aumenta a ocorrência de infeção pós-operatória e dor. Além disto apresenta alguma limitação na quantidade de tecido que pode ser recolhida. Na tentativa de ultrapassar estas limitações muitos médicos dentistas têm optado pela *acellular dermal matrix* (ADM) (23) ou ainda pela tecnologia do *recombinant human platelet-derived growth factor BB* (rhPDGF-BB) que parece apresentar resultados semelhantes ou mesmo melhorados às 24 semanas (10).

Utilizando, tanto os biomateriais supracitados como o CTG a técnica VISTA é a escolha preferencial. Esta consiste numa incisão suprapariosteal vestibular de localização dependente do dente ou dentes envolvidos. Esta incisão serve para a criação de um túnel subperiostealmente de forma a possibilitar o reposicionamento coronal da margem gengival sem a necessidade de efectuar qualquer incisão nas zonas das papilas. Este túnel deve criar uma “janela” ampla o suficiente para que, no momento, do reposicionamento gengival, este seja executado sem criar qualquer tensão, devendo por isso incluir a zonas das papilas do dente em questão. Depois de criado o túnel através do descolamento do tecido gengival na extensão desejada, o enxerto ou biomaterial é introduzido no espaço criado com ajuda de um fio de sutura preso a este e introduzido dentro do túnel, de seguida este é posicionado coronalmente de forma a promover o recobrimento da recessão e estabilizado pela sutura que deve seguir a técnica de ancoragem na superfície coronal do dente e no tecido gengival da região. Para realizar esta técnica de sutura o dente envolvido é preparado com resina fluida na região interproximal do dente, e ou, na superfície vestibular da coroa. Este tipo de sutura impede o reposicionamento apical da gengiva nas primeiras fases da cura (10).

História clínica:

- N° Processo: 21315
- 21 anos/ Sexo Feminino
- IP = 25,80%
- Colaborante
- Antecedentes médicos:
 - A nível sistémico nada a assinalar.
- Antecedentes dentários:
 - Aparatologia Fixa durante 2 anos, tendo presente em boca férula de contenção inferior. Submetida à exodontia dos 3ºs molares e restaurações anteriores do 2.1 e 1.1.
- Periógrama:



➤ Ortopatomografia:



Fotografias intra-orais prévias:



(Trajeto de lateralidade)



Protocolo cirúrgico:

➤ 1º Preparação do local receptor:

- Fez-se uma aplicação local de tetraciclina devido ao seu efeito antibacteriano e bacteriostático.
- Criou-se um “túnel”, fazendo uma incisão de espessura total no fundo do vestíbulo na região do dente com defeito anatômico.
- A incisão foi estendida, através do descolamento da mucosa na extensão considerada necessária, até à margem gengival incluindo a zona das papilas interdentárias.



- A superfície radicular foi aplanada e alisada com curetas.
- ### ➤ 2º Remoção do enxerto de tecido conjuntivo da área dadora:
- Neste caso, a área dadora escolhida foi o palato, contudo, a área retromolar foi também considerada para área dadora
 - Incisão em envelope, sem descargas na mucosa palatina e divisão do retalho para acesso ao tecido conjuntivo;
 - Incisões laterais e apicais do tecido conjuntivo e posterior remoção
 - Sutura da área dadora. (Colocou-se posteriormente uma goteira de forma a proteger esta região e facilitar o pós-operatório)

➤ 3º Enxerto:

- O enxerto foi colocado na posição correta com ajuda de fio de sutura;





- O enxerto foi depois suturado segundo a técnica de sutura ancorada com fio de nylon 6/0.



- A sutura foi removida após 9 dias e avaliou-se o sucesso da intervenção.
- Repetiu-se o controlo 15 dias após a intervenção.



(Controlo a 15 dias)

Lesão branca com diagnóstico provável de Leucoplasia

Ideopática

Enquadramento do caso:

Paciente do sexo feminino, 70 anos, portador de prótese total superior e inferior e medicina oral por apresentar uma lesão branca na transição palato mole/ palato duro. Compareceu na consulta de Medicina Oral no dia 20 de Maio de 2013 e foi observada uma lesão no palato compatível com hiperqueratose, talvez por trauma da prótese ou da mastigação, e foi aconselhado à Paciente não usar a prótese durante 2 semanas e realizar bochechos com bicarbonato de sódio. Para além disto, a zona posterior da prótese superior foi desgastada de forma a não tocar na lesão.

No dia 3 de junho realizámos novo controlo, fizemos novo desgaste da prótese e prescrevemos a utilização de daktarin de manhã e à noite.

Em setembro de 2013 a paciente é chamada para novo controlo da lesão, esta permanece sem sintomatologia e sem alterações desde o último controlo, contudo, eliminados todos os possíveis factores causadores da lesão, tanto de trauma como possíveis infeções por micro-organismos, definiu-se como diagnóstico provável Leucoplasia Idiopática e indicou-se à paciente a necessidade de realizar uma biopsia para estabelecer um diagnóstico final, contudo por motivos económicos esta foi recusada.

Repetimos o controlo em Janeiro e são detectadas algumas alterações na lesão localizadas na zona mais anterior da lesão, observa-se uma área de 3cm de largura por 1 de comprimento (antero-posterior) que apresenta uma hiperplasia com aspecto papilomatoso, rugosa nas áreas esbranquiçadas e lisa na zona escurecida. Uma vez recusada a realização da biópsia foi requerido ao médico assistente um estudo analítico, inclusivamente com alguns marcadores virais, contudo, apenas o hemograma foi prescrito o que não nos permitiu avançar um pouco mais no diagnóstico, e por isso, foi novamente contactado o médico assistente para que referenciasse a paciente para a emissão de cheque dentista. Infelizmente, foi impossível contactar a paciente para continuar a acompanhar o caso.

Enquadramento teórico:

Em 1978 a OMS define a Leucoplasia como “Uma mancha branca ou placa que não pode ser caracterizada clinicamente ou patologicamente como qualquer outra doença”, este é um diagnóstico de exclusão de outras lesões brancas orais, tais como Leucoqueratose, lesões infecciosas (candidíase, lesões orais de sífilis, leucoplasia pilosa oral causada pelo vírus EpsteinBarr), líquen plano, lúpus eritematoso, disqueratose congênita, nevo branco esponjoso, fibrose submucosa e carcinomas de Frank.(25) Em 2005 a OMS reformula a definição de leucoplasia para “a white plaque of questionable risk having excluded (other) known diseases or disorders that carry no increased risk for cancer”(26).

É mais comum em adultos com idade superior a 40 anos e afecta cerca de 1% da população(25). Têm transformação maligna em 10 a 20% dos casos e em 70% a 90% estão associadas ao consumo de tabaco. Ainda que possam também ser relacionadas ao consumo elevado de álcool e à infeção por HPV as evidências de relação causa-efeito são muito reduzidas (26).

Relativamente à aparência clínica da lesão, as leucoplasias podem ser caracterizadas em dois tipos: homogênea e não homogênea. A leucoplasia homogênea é uma placa plana uniforme branca com uma superfície lisa ou relativamente suave; a leucoplasia não-homogênea pode ser nodular ou verrucosa com uma superfície enrugada ou ondulada ou pode ser ainda uma mistura de áreas brancas e vermelhas denominando-se, assim, eritroleucoplasia e apresentando um status de risco aumentado. A aparência clínica da lesão pode sofrer algumas alterações de tamanho e forma, ou passar de uma aparência homogênea a não-homogênea, contudo, a maioria permanece estável ou regride com o tempo. Contudo, ainda que raramente, uma lesão inicialmente diagnosticada como uma lesão leucoplásica isolada pode desenvolver-se numa leucoplasia verrucosa proliferativa que pode ser considerada um subtipo de uma leucoplasia não homogênea ou uma entidade clínica independente que se caracteriza por uma série de lesões leucoplásicas na mucosa oral e que pode sofrer transformação maligna para carcinoma verrucoso ou carcinoma de células escamosas. Esta lesão não é associada ao consumo de tabaco (26,27).

A descrição pormenorizada da lesão é essencial e ajuda a estabelecer o diagnóstico. No caso das leucoplasias o diagnóstico provisório é estabelecido quando clinicamente não é

possível diagnosticar claramente outra lesão. É muito importante excluir as opções de nevus esponjoso, queratose friccional, lesão química, leucoedema, candidíase pseudomembranosa, entre outras. Para um diagnóstico definitivo a biopsia é mandatória e quando não identifica outra lesão estabelece-se então o diagnóstico de leucoplasia com ou sem displasia. A presença de displasia é considerada um forte indicador de transformação maligna (26–28). Segundo um estudo já antigo de Silverman, 36% das leucoplasias orais com sinais de displasia na biopsia inicial evoluem para carcinoma de células escamosas, contudo, também 16% das leucoplasias que não apresentavam displasia epitelial sofreram transformação carcinomatosa (29).

Como já foi referido, o tabaco é o principal factor etiológico destas lesões, no entanto, também o uso abusivo de álcool, o trauma crónico, a infeção por *Cândida Albicans*, ou deficiências nutricionais como a falta de ferro também podem ser considerados factores etiológicos importantes, e, quando descontinuados ou resolvidos promovem a regressão da lesão. Por outro lado, a leucoplasia idiopática, ou seja, aquela que não está associada a nenhum factor etiológico conhecido tem uma maior probabilidade de transformação maligna

Quando a lesão permanece 3 a 4 semanas depois de descontinuados todos os potenciais factores etiológicos é indicada a análise histológica da mesma e um controlo regular durante 2 anos. Mesmo em situações de benignidade e sem sinais de displasia este follow-up periódico é de extrema importância, pois as condições da lesão podem alterar-se (11). Quaisquer alterações na cor, textura ou tamanho e o aparecimento de novas lesões na cavidade oral devem ser encarados como um aviso prévio sobre a possibilidade de transformação carcinomatosa.

Os tratamentos mais comuns são a excisão cirúrgica, a remoção a laser, com criocirurgia ou através de quimioterapia local ou sistémica, contudo, estes não eliminam totalmente o risco de recidiva ou recorrência (26,30). A taxa de recorrência das leucoplasias é de aproximadamente 30% e ainda em 12% dos casos nos locais onde previamente existiram lesões leucoplásicas desenvolve-se carcinoma de células escamosas (12)

Cada paciente deve ser tratado de forma única e tendo em mente que nas Leucoplasias não existem factores indicativos de transformação maligna objectivos, não sendo por isso possível evitar verdadeiramente a malignização da lesão ou o surgimento de uma

nova lesão maligna na área, contudo, os programas de controlo regular representam uma grande vantagem na deteção precoce.

Fotografias dos controlos da lesão



Apesar de não ter sido possível chegar a um diagnóstico final, este caso foi uma experiência muito importante pois houve a evolução do pensamento clínico à medida que íamos eliminando hipóteses de diagnósticos consoante íamos percebendo que os possíveis factores etiológicos, quando descontinuados não levavam à regressão da lesão e que os tratamentos realizados não tinham efeito. Apesar da experiência ter sido

significativamente positiva fica um sentimento de não se ter cumprido o objectivo e também alguma indignação perante a forma descuidada como alguns médicos assistentes ainda olham para os problemas da cavidade oral.

Discussão

Discussão

Com esta análise, pudemos concluir que a percentagem de pacientes do sexo masculino é superior aos do sexo feminino mas que esta diferença não é significativa. Em relação à distribuição etária dos pacientes, a maioria encontra-se na faixa dos 16 aos 25, dos 36 aos 45 e dos 46 aos 55, o que se coaduna com o facto da maioria também se encontrar na situação profissional de Empregado ou Estudante. Em relação às habilitações literárias, o ensino básico e secundário englobam quase a totalidade dos pacientes, sendo que, apenas 8 têm formação superior, e destes, grande parte, insere-se na situação profissional de estudante. Estes dados, quase permitem inferir sobre o nível socioeconómico dos pacientes que frequentam a Clínica Universitária, que na sua maioria terá um nível socioeconómico médio / baixo e procura a clínica pelos preços praticados serem reduzidos, infelizmente, ainda parece haver algum estigma em procurar este tipo de clínica, contudo, a crescente divulgação por parte dos alunos e, muitas vezes, dos pacientes que apresentam um nível de satisfação em Bom e Muito Bom, a Clínica Universitária tem cada vez mais pacientes e de condições sociais variadas. A satisfação demonstrada pelos pacientes é também corroborada no momento em que se questiona sobre a frequência de outro Médico Dentista e a esmagadora maioria responde “Não”.

Quando tentamos realizar uma simples caracterização clínica dos pacientes, as dificuldades começam. Muitos “não têm doença nenhuma”, outros não sabem o nome da medicação que tomam e muito raramente trazem as embalagens, contudo, tendo em conta os dados recolhidos em alguns pacientes podemos concluir que a maioria sofre de hipertensão arterial e hipercolesterolémia, que alguns pacientes apresentam patologias gástricas, diabetes, asma ou bronquite, epilepsia e até depressão, ainda que referida numa percentagem muito pequena que não se coaduna com os valores de anti-depressivos e ansiolíticos que os pacientes referem tomar. Existem ainda casos de patologias mais raras mas que se incluem na amostra como um caso de HIV e um de síndrome de Gilbert, e que apesar de pouco frequentes também podem exigir cuidados. No caso do último a actividade clínica pode ser desenvolvida sem qualquer alteração, contudo, nas outras patologias anteriormente referidas, é dever do médico dentista saber de que modo estas podem interferir na prática clínica e os cuidados a ter. Os dados

recolhidos, apesar das dificuldades, alertam para uma situação, apesar de termos consciência da importância da história clínica e de estabelecer o nível de risco do paciente, de forma a evitar complicações e a adequar de melhor forma o plano de tratamento ao paciente, ainda existem muitas falhas a este nível, tanto no preenchimento de todos os dados importantes numa história clínica, como no preenchimento do questionário que nos permite estabelecer o nível de risco do paciente.

Relativamente aos medicamentos referidos pelos pacientes, estes não só confirmam os dados médicos anteriormente referidos como ainda ajudam a perceber melhor a condição de saúde dos pacientes. A maioria dos pacientes referiu fazer medicação anti-hipertensora, hipocolesterolemizante, e para a ansiedade ou depressão. Também em percentagem considerável surgem os anti-plaquetários, os Beta-bloqueadores e os venotrópicos assim como os anti-ulcerosos ou inibidores da bomba de prótons.

Estes dados vão de encontro aos dados que actualmente conhecemos da população em geral. A grande prevalência de patologias cardíacas, associadas ao colesterol elevado e à hipertensão arterial, que, embora de forma indirecta está associada ao aumento da utilização dos referidos anti-ulcerosos; assim como o aumento, quase banalizado da utilização de anti-depressivos e ansiolíticos a que se assiste na sociedade actual e que afectam seriamente a saúde oral, facto que quase sempre é descurado.

Em relação à caracterização da actividade clínica, propriamente dita, pode afirmar-se que mais de ¼ é desenvolvida na área de Prótese Removível, seguindo-se as áreas de Dentisteria e Periodontologia. Relativamente à grande actividade clínica, realizada na área de Prótese Removível, esta não se traduz num elevado número de reabilitações protéticas, mas deve-se sim ao elevado número de controlos realizados e ao facto de que durante um tempo lectivo são atendido muitas vezes 3 e 4 pacientes, uma vez que os procedimentos são, na sua maioria, simples e rápidos e que não exigem material muito específico. No que diz respeito à Periodontologia, sendo uma área de carácter mais preventivo, nem sempre é fácil que os pacientes surjam de forma voluntária, contudo, sendo uma das fases iniciais de um plano integrado de tratamento os pacientes são normalmente encaminhados para esta área antes de prosseguirem com os tratamentos necessários. Relativamente à Dentisteria, sendo a cárie dentária o maior problema da cavidade oral, e o objecto de intervenção desta área disciplinar, é compreensível o elevado número de pacientes que recorrem a estas consultas e, para além deste facto,

existe ainda o factor dor que é o principal motivo que leva os pacientes ao médico dentista. Esta área disciplinar poderia ter uma percentagem de actividade clínica muito maior não fosse a relativa morosidade dos procedimentos e as limitações de material existente na Clínica Universitária, o que limita quase sempre ao atendimento de apenas um paciente por tempo lectivo.

Após a análise da actividade clinica de forma generalizada procedeu-se à caracterização da actividade clinica desenvolvida em cada área disciplinar.

A área de Medicina Oral é uma área da Medicina Dentária que tem como função o diagnóstico, prevenção e tratamento de lesões dos tecidos moles e duros da cavidade oral, contudo, associado a esta função, esta área disciplinar e médica é responsável pela realização de uma história clinica completa em que se analise o paciente como um todo nas suas vertentes sociais pessoais e de saúde geral. Para além disto, é também aqui que é realizado o exame clinico completo que posteriormente nos permite estabelecer um plano de tratamento integrado e coerente. Nesta área, ainda que quantitativamente a actividade clínica realizada tenha sido reduzida, houve a oportunidade de contactar com as 2 vertentes. Foi feita uma consulta de avaliação e plano de tratamento e foram feitas duas consultas de controlo de uma lesão branca que inicialmente se considerou ser uma hiperqueratose provocada pela prótese dentária. Contudo após eliminados todos os factores irritantes, o diagnóstico foi alterado para leucoplasia idiopática, que infelizmente não foi confirmado pois a paciente não demonstrou disponibilidade financeira para a realização da biópsia.

A Periodontologia é a especialidade da Medicina Dentária dirigida à prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças que afetam o periodonto possibilitando uma maior saúde oral e estética. Sendo a periodontite a principal causa de perda dentária nos adultos é lógico incluir esta área num plano de tratamento integrado, pois a eliminação da placa bacteriana, seja de grande parte das bactérias da cavidade oral é de extrema importância para o sucesso dos tratamentos que posteriormente serão realizados. Quando a doença periodontal já está instalada, é essencial realizar controlos periódicos para evitar a progressão da doença e consequente perda dentária. Por todas estas razões, a actividade clinica nesta área é das mais elevadas. Foram realizadas 8 destartarizações e 1 RAR correspondentes a 4 PCL, 4PCM e 1PCA. Tive, também, a possibilidade de participar em 2 cirurgias periodontais, sendo 1 delas integrada na actividade clinica do

grupo 85. Com o grupo 85 foi realizada um Enxerto Gengival Livre na zona dos incisivos inferiores, neste caso, a paciente foi diagnosticada com uma PCM, com o grupo 83, do qual faço parte, foi realizada uma cirurgia com enxerto conjuntivo segundo a técnica VISTA, por razões exclusivamente estéticas, uma vez que a paciente apenas apresentava uma receção associada a um festão de McCall no dente 22 (diagnóstico: Gengivite).

A Denstisteria iguala a actividade clínica de Periodontologia, esta área é responsável pelo tratamento conservador e restaurador directo de dentes, nomeadamente daqueles afectados por lesões de cárie. A substituição de restaurações defeituosas, a modificação da forma e da cor dos dentes, entre outros, são também propósitos desta área médica. Por estar intimamente ligada com estética e com a eliminação da dor provocada pela cárie é uma área com grande afluência de pacientes. Realizei 11 actos clínicos, sendo 3 destes restaurações provisórias, 7 restaurações definitivas e 1 evicção pulpar. Foram ainda analisados, também, o estado da polpa e a as classes das restaurações; 4 dentes estavam em pulpite de transição e 4 em pulpite reversível, 2 dos dentes restaurados estavam endodonciados e 1 em pulpite irreversível no qual foi realizado a evicção pulpar. Foram executadas 4 restaurações classe I, 3 restaurações classe II e 3 classe IV, foi também realizada uma re-anatomização de um dente intruído após avulsão e anquilose que é descrito posteriormente.

A Endodontia, ainda que incluída também nas áreas médico-dentárias conservadoras, tem muito poucos pacientes, e isto deve-se em parte ao facto desta área ser um tratamento radical e, por isso, apenas a última hipótese. Durante o tempo lectivo, foram apenas endodonciados, por mim, 3 peças dentárias sendo que, apenas 1 delas era multi-canal. Nesta área, é de salientar que a actividade clínica reduzida é colmatada com actividade pré-clínica, o que minimiza o problema. Outra mais valia desta área é o facto da actividade clínica ser distribuída equitativamente por todos os alunos, permitindo a igualdade de oportunidade para a prática clínica essencial para o sucesso nesta área.

A cirurgia oral corresponde a 10% da actividade clínica total, eu realizei 5 actos clínicos, 3 deles cirurgias simples, 2 com odontosecção e/ou osteotomia. Nestes 5 actos foram extraídos 8 peças dentárias, sendo que a principal causa é a doença periodontal (5 dentes), os restantes dentes foram extraídos por impossibilidade de tratamento restaurador (3) e por serem 3º molares e terem indicação de extração.

A Prótese Removível como já foi referido anteriormente, é a área disciplinar com maior percentagem de prática clínica (26%), num total de 48 actos realizados pelo grupo 83; foram feitas 2 reabilitações totais (superior e inferior) e 1 parcial, eu como operadora realizei 10 consultas de controlo, 2 provas de dentes, 1 consulta de avaliação, 1 consulta para impressões definitivas, 1 para registo inter-maxilar, 1 consulta de inserção e 1 consulta de rebasamento.

A Prótese Fixa reabilita espaços desdentados mais pequenos e exige uma saúde oral superior o que somado ao facto de ter um custo bastante superior à reabilitação removível explica a reduzida actividade clinica verificada nesta área. Durante todo o ano lectivo, apenas realizamos uma reabilitação, tendo realizado alguns planeamentos para outras reabilitações mas que, por razões principalmente económicas mas também por não se verificarem os critérios necessários a este tipo de reabilitação, não puderam ser realizadas. Enquanto operadora procedi a 1 controlo de uma coroa metálica no dente 36 realizada anteriormente na Clínica Universitária, 1 consulta de avaliação e planeamento para a Realização de uma Ponte MC com pilares nos dentes 23 e 25, que não se realizou por motivos económicos uma vez que a paciente se encontrava a reabilitar o espaço edêntulo do 15, reabilitação na qual eu realizei uma mudança de provisório e a cimentação definitiva. Apesar da pouca prática clínica, tivemos a oportunidade de partilhar experiencias e conhecimentos na forma como é feito o planeamento da reabilitação, que é um passo essencial no sucesso da mesma.

A área de Oclusão a Odontopediatria e a Ortodontia são as áreas com menor actividade clinica. A área de oclusão é muitas vezes utilizada como complemento das aulas de Prótese Removível No meu caso, como operadora utilizei 2 aulas de oclusão para realizar procedimentos de Prótese removível e uma avaliação da ATM e Montagem em articulador num paciente com sinais de Bruxismo que, infelizmente, recusou a proposta de realização de uma goteira de relaxamento por razões económicas. Em odontopediatria apenas realizei uma restauração classe I em compósito e uma evicção pulpar. Todos estes tratamentos foram realizados em pacientes colaboradores e com dentição definitiva, considero que é uma fragilidade na minha formação o facto de como operadora nunca ter contactado com crianças pouco colaborantes, em que o tratamento é bastante dificultado pelo comportamento da criança. No que diz respeito a ortodontia, o grupo que integro apenas viu um paciente e fez a análise do caso e plano de tratamento

que exigia a colocação de aparatologia fixa e por isto não pode ser prosseguido na Clínica Universitária.

Apesar de quantitativamente a prática clínica não ser considerável, tive a oportunidade de realizar alguns procedimentos mais complexos que exigiram uma procura suplementar de informação e que permitiram desenvolver na prática novas técnicas e competências.

No caso da Avulsão Dentária a principal questão era a estética ainda que funcionalmente também tenha havido melhorias, este era um caso que exigia uma interdisciplinaridade na decisão da melhor opção de tratamento. Os casos de avulsão, e posterior anquilose, são sempre casos complicados contudo em pacientes ainda em crescimento há ainda mais questões a considerar. O caso surgiu na clínica já com uma intrusão de alguns milímetros contudo, e apesar da anquilose ocorrida, pudemos perceber que a decisão clínica de manter o dente no alvéolo foi a mais acertada pois permitiu a manutenção do rebordo ósseo (18). O procedimento realizado foi apenas para resolver temporariamente um problema estético que incomodava o paciente, a longo prazo a reabsorção radicular interna e externa vai progredir “substituindo” todo o tecido dentário radicular por tecido ósseo, facilitando então a colocação de um implante e melhorando a sua estabilidade e estética.

E como já referido a estética é a força motriz da sociedade actual e tanto o caso da avulsão como o caso da cirurgia periodontal são o reflexo disso mesmo. O caso do recobrimento da recessão foi até discutido com os professores como um caso de *overtreatment* uma vez que a recessão não tinha mais que 2 mm, contudo e como é possível ver numa fotografia intra-oral frontal, a margem gengival deste dente era consideravelmente diferente da do contra-lateral para além de que estando associada a uma festão de McCall a probabilidade de progredir era aumentada. Sendo a paciente uma colega e portanto alguém com conhecimentos e exigências acima do paciente comum procedeu-se a realização da cirurgia que também nos possibilitou conhecer as técnicas mais inovadoras e cada vez menos invasivas. O pós-operatório foi bom, não houve um grande edema, a dor também foi facilmente controlada e graças à cooperação da paciente a cicatrização foi rápida e sem problemas. Como se pode comprovar na fotografia do controlo a 15 dias, a margem gengival já sofreu algumas alterações

verticais, existe um maior volume da gengiva e apesar de ainda ser recente já é possível perceber uma boa adaptação na cor da margem gengival.

Passando de um “overtreatment” para um “desleixo” com a saúde oral surge então o caso de uma possível Leucoplasia, foi uma caso que acompanhámos durante um período considerável, foram feitas várias tentativas de tratamento mas nunca se observou a regressão da lesão e por isso se propôs como diagnóstico possível a Leucoplasia Idiopática, contudo por motivos económicos, infelizmente, foi impossível confirmar o diagnóstico pois a paciente sempre recusou a realização da biópsia. Não havendo dor e sendo o aspecto da lesão pouco agressivo é difícil convencer os pacientes da possível malignização destas lesões.

Conclusão

Conclusão e Expectativas

A prática da medicina dentária no contexto actual, segundo algumas vozes sonantes da área, atravessa um período conturbado. Para muitos, devido ao excesso de profissionais que se formam anualmente e à crise económica que atravessa o nosso país, para outros devido à qualidade da formação académica que consideram duvidosa (31,32). É certo que com a adaptação do planos de estudos ao Processo de Bolonha e a consequente redução do tempo curricular, foi necessário eliminar alguns conteúdos de base ou reduzir o tempo de prática clínica, contudo, no caso da Universidade que integramos, esta adaptação parece ter sido feita de uma forma eficiente, prova disso é que comparando a prática clínica que temos com a de muitas faculdades, nomeadamente públicas, ela é sem dúvida superior, uma vez que esta se inicia no 3º ano do MIMD. Claro que nos deparamos com problemas como a falta de pacientes ou com a falta de abertura destes para planos de tratamentos mais dispendiosos, por exemplo, nas áreas de prótese fixa ou removível, ou em medicina oral quando propomos a um paciente a realização de uma biópsia numa lesão que podemos considerar pré-maligna mas que não apresenta qualquer sintomatologia ou um aspecto agressivo. Apesar disto, é notória uma maior preocupação com a saúde oral, não só dos jovens, mas de pacientes de faixas etárias mais avançadas; há também uma notória preocupação com a imagem e com o sorriso, que muito provavelmente, há alguns anos atrás não se verificava. Com a implementação do Cheque dentista e do alargamento deste a um maior espectro populacional, a saúde oral começa a ser acessível a um maior número de pessoas (33).

Com o maior e melhor acesso da população aos cuidados de saúde oral cabe ao médico dentista não só o tratamento dos problemas da cavidade oral, o encaminhamento correcto do paciente perante a suspeita de patologia sistémica, como a educação dos pacientes para a importância das lesões da cavidade oral e das suas repercussões na sua saúde em geral e para a aquisição de comportamentos preventivos.

Claro que continuam a existir muitos problemas, e é certo para muitos de nós estudantes de Medicina Dentária que a empregabilidade do nosso curso é cada vez mais reduzida, contudo, cada vez mais, nós temos de encarar que hoje vivemos numa aldeia global e a emigração não é uma derrota, mas sim uma oportunidade de futuro, quer a nível económico, quer acima de tudo a nível de formação. Com o aumento do número de profissionais cada um deve lutar para pertencer ao grupo dos melhores, porque os

melhores, aqueles que se dedicam com perseverança e a humildade de reconhecer que devem procurar ser sempre mais, são os que têm as melhores oportunidades de futuro. Com o relatório de actividade clinica, o aluno, finalista e futuro profissional deve procurar conhecer os seus pontos fracos, tanto a nível teórico como prático para, ao investir na sua formação, o fazer de forma a potenciar as suas qualidades enquanto médico dentista e a colmatar as suas limitações; hoje é impossível não considerar que a formação é contínua; o avanço da ciência exige-nos uma constante actualização dos nossos conhecimentos e só assim podemos almejar o sucesso.

Referências Bibliográficas

1. Terry Wilwerding D.D.S., M.S. HISTORY OF DENTISTRY [Internet]. 2001. Available from: <http://www.freeinfosociety.com/media/pdf/4551.pdf>
2. Welsby PD. História e exame clínico, Edição Portuguesa. 2^a ed. Algés: EUROMÉDICE - Edições Médicas; 2004.
3. EXAME CLÍNICO [Internet]. Disponível em: http://www.fop.unicamp.br/ddo/patologia/downloads/db301_un1_ExameClinico.pdf
4. Scully C. Oral and maxillofacial medicine: the basis of diagnosis and treatment. 2nd ed. Edinburgh ; New York: Elsevier; 2008.
5. Mendes RA. Vivemos numa sociedade que tem na imagem a sua força motriz. DentalPro. 2014 Fev;(73).
6. Little JW. Dental management of the medically compromised patient. 8th ed. St. Louis, Mo: Elsevier/Mosby; 2013. 59 p.
7. Smeets E. Acute medical complications and the medical risk-related history in the general dental practice. 2001.
8. Neiva Rosa A. ANÁLISE DO RISCO MÉDICO APRESENTADO PELOS PACIENTES OBSERVADOS POR MÉDICOS DENTISTAS FORMADOS NA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA [Internet] [Monografia]. [Viseu]: Universidade Católica Portuguesa; 2011. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/7503/1/Monografia%20Aura%20Neiva%20Rosa.pdf>
9. Zenkner C. INFECÇÃO CRUZADA EM ODONTOLOGIA: RISCOS E DIRETRIZES. Rev Endodontia Pesqui E Ensino Line [Internet]. 2006 Jun;(3). Available from: [http://w3.ufsm.br/endodontiaonline/artigos/\[REPEO\]%20Numero%203%20Artigo%202.pdf](http://w3.ufsm.br/endodontiaonline/artigos/[REPEO]%20Numero%203%20Artigo%202.pdf)
10. Saini R. Oral lesions: A true clinical indicator in human immunodeficiency virus. J Nat Sci Biol Med. 2011 Jul;2(2):145–50.
11. Khan SA, Moorthy J, Omar H, Hasan SS. People living with HIV/AIDS (PLWHA) and HIV/AIDS associated oral lesions; a study in Malaysia. BMC Public Health. 2012;12:850.
12. Bakhshae M, Sarvghad MR, Khazaeni K, Movahed R, Hoseinpour AM. HIV: An Epidemiologic study on Head and Neck Involvement in 50 Patients. Iran J Otorhinolaryngol. 2014 Apr;26(75):97–104.
13. Annapurna CS, Prince CN, Sivaraj S, Ali IM. Oral manifestations of HIV patients in South Indian population. J Pharm Bioallied Sci. 2012 Aug;4(Suppl 2):S364–368.
14. Chopra S, Arora U. Skin and Mucocutaneous Manifestations: Useful Clinical Predictors of HIV/AIDS. J Clin Diagn Res JCDR. 2012 Dec;6(10):1695–8.
15. Vasconcelos BC., Fernandes B. REIMPLANTE DENTAL DENTAL REIMPLANTATION. Rev Cir Traumat Buco-Maxilo-fac. 2001 Jul;1(2):45–51.
16. Andreasen JQ, Ravn JJ. Epidemiology of traumatic dental injuries to primary and permanent teeth in a Danish population sample. Int J Oral Surg. 1972 Jan;1(5):235–9.
17. Rocha S., Moro A, Moresca R. Tratamento ortodôntico em pacientes com dentes reimplantados após avulsão traumática: relato de caso. Dent Press J Orthod. 2010 Aug;15(4).
18. Veloso HHP, Guedes OA, Sampaio FC. interdisciplinary treatment of an avulsed permanent tooth in patient with incomplete facial growth. Dent Press Endo. 2011 Dec;1(3):65–70.
19. De Araújo E.M., Baratieri L.N. DIRECT ADHESIVE RESTORATION OF

- ANTERIOR TEETH: PART 2. CLINICAL PROTOCOL. *Pr Proced Aesthet Dent*. 2003;15(5):351–7.
20. Demarco FF, Baldissera AR. Anterior composite restorations in clinical practice: findings from a survey with general dental practitioners. *J Appl Oral Sci*. 2013 Dec;21(6):497–504.
 21. Hirato R., Ampessan R.L., Liu J. Reconstrução de Dentes Anteriores com Resinas Compostas - Uma Seqüência de Escolha e Aplicação de Resinas. *J Bras CLÍNICA ESTÉTICA EM Odontol*. 2001 Jan;5(25).
 22. Pradeep K, Rajababu P, Satyanarayana D, Sagar V. Gingival Recession: Review and Strategies in Treatment of Recession. *Case Rep Dent*. 2012;2012:1–6.
 23. Goyal N, Gupta R, Pandit N, Dahiya P. Analysis of patient acceptance following treatment of Miller's class II gingival recession with acellular dermal matrix and connective tissue graft. *J Indian Soc Periodontol*. 2014;18(3):352.
 24. Zadeh HH. Minimally invasive treatment of maxillary anterior gingival recession defects by vestibular incision subperiosteal tunnel access and platelet-derived growth factor BB. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2011 Dec;31(6):653–60.
 25. Mishra M, Mohanty J, Sengupta S, Tripathy S. Epidemiological and clinicopathological study of oral leukoplakia. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2005;71(3):161.
 26. Feller L, Lemmer J. Oral Leukoplakia as It Relates to HPV Infection: A Review. *Int J Dent*. 2012;2012:1–7.
 27. Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med Off Publ Int Assoc Oral Pathol Am Acad Oral Pathol*. 2007 Nov;36(10):575–80.
 28. Mortazavi H, Baharvand M, Mehdipour M. Oral potentially malignant disorders: an overview of more than 20 entities. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 2014;8(1):6–14.
 29. Silverman S, Gorsky M, Kaugars GE. Leukoplakia, dysplasia, and malignant transformation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1996 Aug;82(2):117.
 30. Van der Waal I. Oral potentially malignant disorders: is malignant transformation predictable and preventable? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014;19(4):e386–390.
 31. Silva OM. Orlando Monteiro da Silva, uma história de sucesso. *Saude Oral* [Internet]. 2008 Nov; Available from: <http://www.saudeoral.pt/content.aspx?menuid=12&eid=4066>
 32. Ferreira AP. É hora de refletir sobre o futuro da Medicina Dentária em Portugal. *InoclusõesFMDUP* [Internet]. 2011 Out; Disponível em: <http://paginas.fmd.up.pt/newsletter/index.php/abertura/79-abertura>
 33. Camarês J. A Medicina Dentária Portuguesa é das melhores do mundo. *Saude Oral* [Internet]. 2010 Jun; Disponível em: <http://www.saudeoral.pt/content.aspx?menuid=12&eid=4866>

Anexos

Anexo 1: Ficha de Paciente

Questionário Clínico

A. Ferreira, F. Rocha, M. Marques

Nome: _____ Nº processo: _____

Dados gerais:

Sexo: M (☐) F (☐) Idade: _____

Habilitações literárias: _____ Profissão: _____

Residência: _____ Frequenta outro médico dentista: S (☐) N (☐)

Índice geral de Satisfação da Clínica da UCP: Mau (☐) Satisfaz (☐) Bom (☐)

Doenças Sistémicas _____

Medicação _____

D. Congénitas _____ Alergias _____

Cirurgias prévias _____

Odontopediatria:

Data: _____

Idade: _____ Cooperação: Mau (☐) Suficiente (☐) Bom (☐)

Necessidade de ortodontia: _____

Procedimento realizado: _____ Dente: (☐)

Medicina Oral:

Data: _____

Motivo da consulta: _____

Patologia diagnosticada: _____

Exames auxiliares de diagnóstico pedidos: _____

Periodontologia

Data: _____

Motivo da consulta: _____

Diagnóstico: _____

Bop: _____ IP: _____ Mobilidade (grau): _____ Envolvimento de furca: _____

Bolsa mais profundas _____ Recessões: _____

Dentisteria

Data: _____

Motivo da consulta: _____ Nº de cáries: _____

Diagnóstico: _____ Cárie primária (☐) ou Secundária (☐)

Dente: _____ Classe da restauração: _____ Material restaurador: _____

Teste vitalidade: Frio _____ Quente _____

Percussão Horiz. _____ Vertical _____

Cirurgia

Data: _____

Nº dentes ausentes: _____ Dente extraído: _____

Motivo: Periodontais (☐) Protéticos (☐) Não restaurável (☐) 3º molares (☐) Ortodônticos (☐)

Cirurgia diferenciada: Odontosecção (☐) Osteotomia (☐) Retalho (☐)

Endodontia

Data: _____

Nº do dente: _____ Diagnóstico: Pulpite irreversível (☐) Necrose pulpar

(☐) Retratamento: Sim (☐) Não (☐)

Obturação efectuada: Insatisfatória (☐) Satisfatória (☐) Boa (☐)

Prótese removível

Data: _____

Controlo: Sim () Não ()

1ª reabilitação protética: Sim () Não ()

Classe de Kennedy: _____ Tipo de prótese: Esquelética () Acrílica () Total () Parcial ()

Índice geral de satisfação: Muito mau () Mau () Satisfatório () Bom () Muito bom ()

Nova prótese Sim () Não () Tipo de prótese: Esquelética () Acrílica () Total () Parcial ()**Prótese Esquelética Total** () Parcial () Dentes Pilares _____

1ª Consulta _____ Impres. Definitivas _____ Talhar Nichos _____ Prova

Esqueleto _____

Prova de dentes _____ Inserção _____ consulta Pós-

inserção _____

Prótese Acrílica: Total () Parcial ()

1ª Consulta _____ Impres. Definitivas _____ Registo Intermaxilares _____

Prova de dentes _____ Inserção _____ consulta Pós- inserção _____

Prótese fixa

Data: _____

1ª Consulta () Extensamente destruído () Traumatismo () Espaço edêntulo

() Controle ()

Índice geral de satisfação: Muito mau () Mau () Satisfatório () Bom () Muito bom ()

Ponte _____ (elementos) Dentes Pilares _____ Pôntico _____

Coroa: Metálica () Metallo-cerâmica () Cerâmica () Dente: _____

Oclusão:

Data: _____

Motivo da consulta: _____ Classe de Angle: _____

Sintomatologia na ATM: Sim () Não () – onde? _____

Desvios: _____ Estalidos: _____

Montagem em articulador Sim () Não ()

Confecção de goteira Sim () Não () Tipo _____

DATA	DISCIPLINA	PROCEDIMENTO	OBSERVAÇÕES

NOTAS:

Anexo 2: Resumo de poster

Recobrimento de recessão associada a Festão de McCall através da técnica VISTA– CASO CLÍNICO

Ferreira A.¹, Henriques A.¹, Santos B.¹, Veloso A.¹, Marques T.²

1 Aluna do 5o ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa – Instituto Superior de Ciências da Saúde – Viseu

2 Assistente Convidado da Área disciplinar de Periodontologia do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa – Instituto Superior de Ciências da Saúde – Viseu

Introdução: A recessão gengival é uma das mais comuns manifestações de doença periodontal e para além de aumentar a sensibilidade dentária, e a incidência de caries radiculares também provoca discrepâncias na margem gengival o que se traduz num problema estético cada vez mais valorizado. Apesar das muitas técnicas actualmente aceites para o recobrimentos das recessões o enxerto de tecido conjuntivo parece ser a mais abrangente, com mais sucesso e previsibilidade principalmente no que diz respeito a zonas estéticas pois para além de aumentar a espessura de tecido gengival consegue uma cor muito semelhante à da região receptora o que muitas vezes não se consegue com o enxerto gengival livre. Com os avanços efectuados na técnica VISTA consegue-se um recobrimento sem danos da papila ou do tecido do sulco o que se traduz em resultados mais previsíveis e com pós-operatórios e resultados estéticos melhorados.

Descrição do caso: B.S, sexo feminino, 22 anos, fumador, IP inicial 25.8%; diagnosticada com gengivite leve com uma recessão de 2mm associada a festão de McCall no dente 22 que esteticamente preocupava a paciente. Procedeu-se à fase higiénica e avaliou-se a possível etiologia da recessão concluindo-se que provavelmente se deveria ao facto do trajeto de lateralidade ser feito quase exclusivamente naquele dente, procedeu-se à eliminação da interferência e avaliou-se a evolução durante aproximadamente 1 ano. Uma vez que a recessão não desapareceu e que a paciente se apresentava descontente com a estética do seu sorriso planeou-se a cirurgia periodontal recorrendo a enxerto conjuntivo do tecido do palato segundo a

técnica VISTA com uma única incisão localizada no fundo do vestíbulo e sutura suspensa. Repetiu-se a fase higiénica 24h antes da cirurgia, a sutura foi removida após 8 dias e repetiu-se o controlo 8 dias após a remoção da sutura, e 3 meses após a intervenção.

Conclusão: As recessões gengivais são muito comuns na população adulta e idosa contudo também surgem em pacientes jovens e estes apresentam maiores preocupações com as implicações estéticas destas lesões e exigem soluções menos invasivas e com maior previsibilidade. A paciente foi extremamente colaborante, o pós-operatório foi favorável e os resultados foram muito bons logo ao primeiro controlo, tendo a paciente ficado satisfeita com o resultado final no controlo a 3 meses.

